

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914

THÈSE

395

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Edmond AINE

Né à Paris le 29 novembre 1880
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Licencié ès lettres

ÉTUDE

SUR

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ULCÉREUSE DU PREMIER ÂGE

Président : M. HUTINEL, professeur.

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

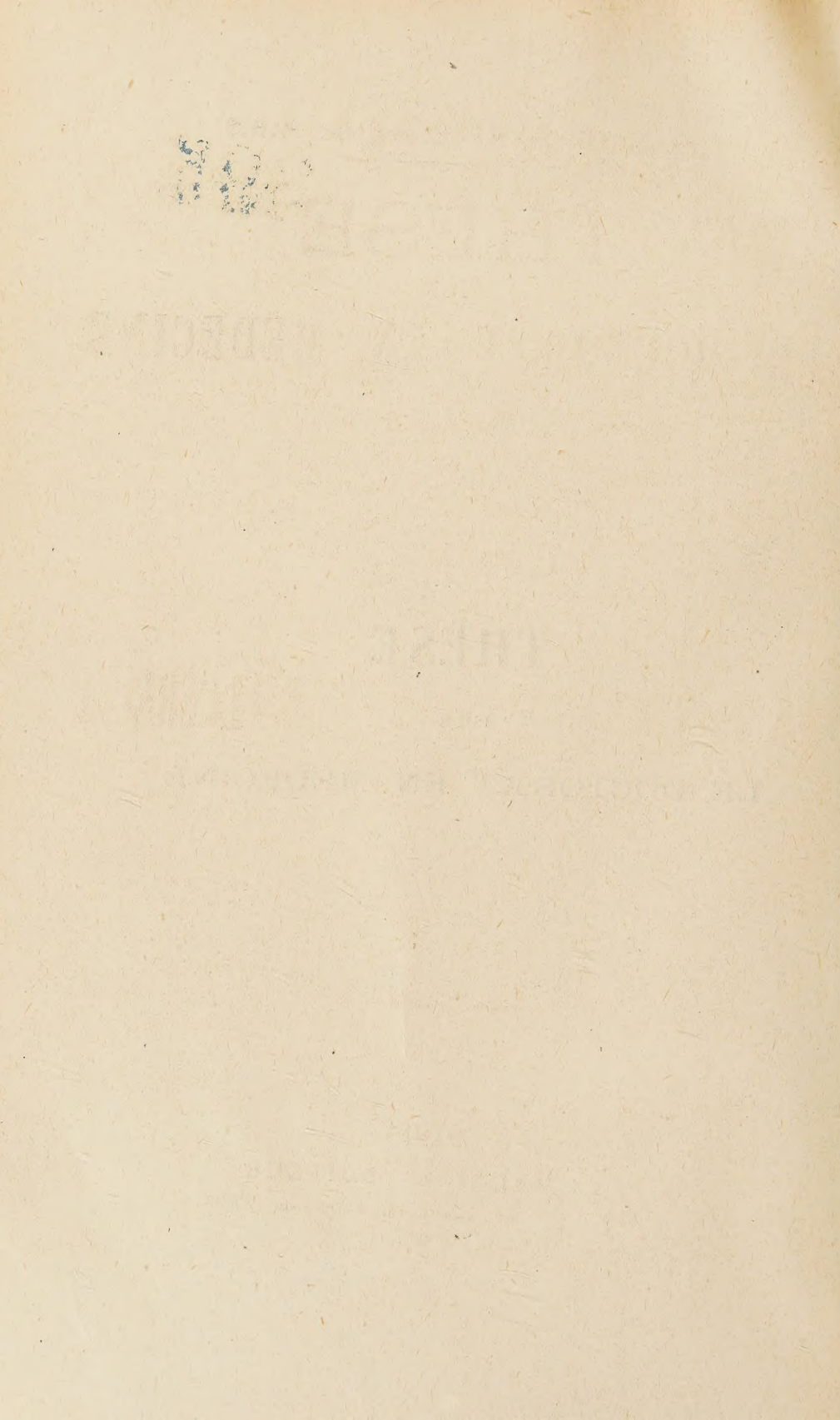
25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1914

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914

THÈSE

395 N.

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Edmond AINE

Né à Paris le 29 novembre 1880

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Licencié ès lettres



ÉTUDE

SUR

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ULCÉREUSE
DU PREMIER AGE

Président : M. HUTINEL, professeur.

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	TEISSIER.
Anatomie pathologique	LEJARS.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	AUG. BROCA.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE.
	ROGER.
	DEBOVE.
Clinique médicale	LANDOUZY.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
	PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	RECLUS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBoullet	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET (ANDRÉ)	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBÉ HENRI	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVAS	MULON	SCHWARTZ (A.)
CHAMPY	TINE	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHIERY	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A M. le Professeur HUTINEL

Professeur de clinique médicale infantile à la Faculté

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

A M. le Dr H. BARBIER

Médecin de l'hôpital Hérold

*Sous la direction bienveillante et autorisée duquel nous
en avons recueilli les matériaux.*

A MES MAÎTRES

MM. les D^{rs} MÉNARD, Hôp. mar. de Berck { Intern. 1909-1910
GUINON, — Bretonneau, {
LE NOIR, — St-Antoine, — 1910-1911
BRAULT, — Lariboisière, — 1911-1912
BARBIER, — Hérôld, — 1912-1913

MM. les D^{rs} BENSAUDE, CLERC, COYON, LESNÉ,
RIBADEAU-DUMAS, Médecins des hôpitaux, CALVÉ et
ANDRIEU, chirurgiens-assistants de l'hôpital maritime de
Berck (Internat 1909-1913).

MM. les D^{rs} BALZER, BROcq, DEMOULIN, GUILLAIN,
HALLOPEAU, MOUCHET, Médecins et chirurgiens des
hôpitaux (internat provisoire 1907-1909).

M. le Professeur BERGER (*In memoriam*)

MM. les D^{rs} AUVARD, GANDY, GUIBÉ, MARION,
MICHAUX, POTOCKI, SERGENT, Médecins, chirurgiens
et accoucheurs des hôpitaux (externat et stage bénévole,
1904-1907).

MM. les D^{rs} ALGLAVE, BABONNEIX, J. CAMUS,
COURCOUX, G. LABEY, A. MARTIN

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ MAÎTRE ET AMI
L.-G. SIMON

Laboratoire central de l'hôpital Bretonneau, 1909-1910

ETUDE
SUR
LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ULCÉREUSE
DU PREMIER AGE

INTRODUCTION

Peu de sujets ont fait, dans ces dernières années, l'objet de si nombreux et si intéressants travaux que la tuberculose du nourrisson.

Après avoir été pour ainsi dire méconnue jusqu'à la fin du siècle dernier, elle est, depuis les travaux mémorables de Landouzy et Queyrat, depuis ceux d'Hutinel et ses élèves, d'Aviragnet, restée constamment à l'ordre du jour.

D'une part, en effet, c'est au nourrisson ou au jeune animal que le savant doit s'adresser pour l'étude des divers modes d'éclosion et de propagation de la tuberculose dans l'organisme.

D'autre part, dans le domaine essentiellement pratique de la pédiatrie, la tuberculose du premier âge oc-

cupe, du fait de son indiscutable fréquence, une place des plus importantes.

Bien qu'ayant pu disposer de documents suffisamment nombreux, nous n'avons pas voulu aborder dans ce travail les difficiles et intéressants problèmes de l'origine et des voies d'accès de la tuberculose chez le nourrisson, problèmes si longuement étudiés ailleurs. Nous n'avons pas davantage voulu ajouter une étude anatomo-clinique d'ensemble aux travaux si documentés qui ont paru sur ce sujet tant dans les traités récents que dans des thèses ou des mémoires originaux.

Notre travail a simplement pour objet d'attirer l'attention sur une forme de tuberculose du premier âge peu étudiée et considérée comme peu fréquente, la tuberculose ulcéreuse ou cavaire du poumon.

Il est en effet classique de distinguer de façon assez tranchée les manifestations de la bacillose chez l'adulte, surtout pulmonaires et progressivement destructives, de son évolution chez l'enfant, rapidement envahissante et généralisée, la terminaison se faisant chez l'un par cachexie, par consommation, chez l'autre par dissémination rapide granulique.

Or, s'il est vrai que la granulie terminale fasse rarement défaut chez l'enfant en général, et chez le nourrisson en particulier, il est d'autre part incontestable que celle-ci est loin de constituer la maladie tout entière.

Avant de faire cette poussée granulique ultime, l'enfant, le nourrisson a été souvent et parfois pendant un

temps relativement long, un tuberculeux plus ou moins latent. Et il est assez fréquent d'observer, dès le premier âge, des formes de tuberculose pulmonaire lente, de tout point comparables dans leur évolution à la tuberculose pulmonaire commune de l'adulte.

Depuis de nombreuses années, notre maître, M. le D^r Barbier, a coutume d'insister dans son enseignement clinique quotidien sur la fréquence de ces formes, dans lesquelles on retrouve en raccourci, avec une symptomatologie que l'âge rend, bien entendu, différente, les poussées évolutives de la phtisie chronique et leur aboutissant anatomique habituel : la caverne pulmonaire.

Nous inspirant des idées de notre maître, nous avons entrepris ce travail en nous servant presque exclusivement de l'importante documentation de l'hôpital Hérold où M. Barbier a, depuis plus de dix ans, réuni un grand nombre d'observations cliniques et une collection de pièces anatomiques très instructives. Nous sommes heureux de lui adresser ici l'expression de notre respectueux attachement et de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a constamment témoignée pendant l'année que nous avons eu l'honneur de passer dans son service et pour les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

ÉTIOLOGIE

I. — Fréquence.

Tous les auteurs sont actuellement d'accord pour reconnaître la fréquence de la tuberculose chez le nourrisson. Mais les formes ulcéreuses ont été jusqu'à présent considérées comme rares. La plupart des cas qui en ont été rapportés ont été publiés comme des faits isolés et exceptionnels. Tels sont, par ordre de date, ceux de Berti-Giovanni, Huguenin, Wassermann, Müller, Frœbelius, Kerley, Max et Nauwelaers, ceux rapportés dans les thèses de Queyrat, de Küss, de Gandt, de Guilbot, de Constantinovitch.

Plusieurs travaux d'ensemble ont cependant été publiés sur ce sujet ; nous citerons la thèse de Mairesse, celle de Lhomme, le travail récent de Ribadeau-Dumas.

Enfin dans plusieurs mémoires ayant trait à la tuberculose du premier âge en général, on trouvera des documents précieux concernant les formes cavitaires en particulier. Tels sont le travail de Leroux donnant une importante statistique dont les éléments sont em-

pruntés au service de Parrot, le travail tout récent de Ghon (18), la thèse de M^{me} Dora Mantoux (48).

D'une façon générale, il est difficile de préciser la fréquence exacte de la tuberculose ulcéreuse du nourrisson.

Nous verrons plus loin combien l'examen clinique comporte d'incertitude et de difficultés. Aussi sommes-nous obligés, pour établir des statistiques, de nous contenter presque exclusivement des documents d'autopsie.

Les chiffres fournis par ceux-ci sont inférieurs à la réalité. Les constatations anatomiques montrant chez des nourrissons de quelques mois des lésions ulcéreuses étendues et restées longtemps muettes, permettent en effet de supposer que dans d'autres cas celles-ci, développées dès les premiers mois de la vie, pourront ne devenir manifestes qu'à un âge plus avancé : évoluant sourdement chez le nourrisson, elles ne seront constatées cliniquement ou anatomiquement, que chez l'enfant plus âgé. Nous avons pu ainsi, pendant la rédaction de notre travail, relever parmi les documents d'Hérold un assez grand nombre de cas de tuberculoses ulcéreuses chez des enfants décédés à 2 ans 1/2, 3 ans, 4 ans, mais chez lesquels des observations longuement suivies avaient permis de mettre en évidence des manifestations non douteuses de bacillose pendant les deux premières années de la vie. L'absence d'un criterium anatomique ou clinique qui permette d'établir l'âge de l'ulcération pulmonaire rend ces observations inutilisables pour la question qui nous occupe.

Enfin le diagnostic anatomique de tuberculose ulcéreuse repose bien souvent sur un artifice de langage. Entre le tubercule cru, le tubercule caséeux mou ou ramolli, le tubercule suppuré ou excavé, la transition est graduelle et insensible, et la distinction quelquefois subtile. Nous avons surtout envisagé dans notre étude les formations cavitaires vraies de dimensions souvent volumineuses, et d'évolution en général assez lente, mais nous n'avons pu assurément en exclure certaines formes de cavernules qui représentent sans doute des tubercules d'évolution récente et relativement rapide.

Ainsi comprise, et ces réserves étant faites sur l'importance qu'il convient de donner à des chiffres qui n'ont rien d'absolu, notre statistique apporte cependant des données intéressantes.

Elle porte exclusivement sur les nourrissons âgés de 0 à 2 ans, admis dans le service du Dr Barbier, soit à la crèche (allaitement maternel), soit dans le service général (allaitement au biberon) depuis le 1^{er} janvier 1905 jusqu'au 31 décembre 1913. Rappelons que, depuis 1908, ces deux services fonctionnent dans des bâtiments neufs où chaque enfant est isolé dans un box individuel.

Pendant cette période de neuf années (1905-1913), il est entré dans le service 1856 nourrissons de 0 à 2 ans. La tuberculose a pu être diagnostiquée (par les méthodes cliniques, par le laboratoire, ou par l'autopsie) dans 460 cas, soit 25 %. La mortalité globale a été de 1770 cas, la mortalité par tuberculose a été de 261 cas, soit 34 % par rapport à la mortalité globale. Enfin il a été

fait 499 autopsies, dans lesquelles la tuberculose a été rencontrée 194 fois.

Pour la même période de neuf années, et en ne tenant compte que de ces 194 cas de tuberculoses autopsiés, nous avons réuni 48 cas de cavernes pulmonaires du nourrisson, soit 25 cas pour 100 autopsies de tuberculeux.

Dans 3 cas non suivis d'autopsie, la présence de cavernes a pu être diagnostiquée cliniquement.

Au point de vue de *l'âge*, et en tenant compte de quatre observations inédites qui ne rentrent pas dans la statistique précédente, les 55 cas de tuberculose caverneuse du nourrisson dont nous relatons l'histoire à la fin de ce travail se décomposent ainsi :

Enfants de 0 à 3 mois (1).	2
— de 3 à 6 mois (<i>id.</i>).	8
— de 6 à 9 mois.	14
— de 9 à 12 mois. Soit un total de 32 cas pour la première année.	8
Enfants de 12 à 18 mois.	14
— de 18 à 24 mois. Soit un total de 23 cas pour la deuxième année.	9

En regard de ces chiffres, voici ceux que nous avons pu relever dans divers travaux :

1. Age compté au décès ou à la sortie de l'hôpital.

1° *Fréquence absolue de la tuberculose pulmonaire ulcéreuse aux autopsies de nourrissons tuberculeux de 0 à 24 mois :*

Queyrat.	4 cas sur	11 autopsies,	soit 36 %
Leroux	57 —	219 —	26 %
Küss.	11 —	24 —	46 %
Constantinovitch. . .	5 —	24 —	20 %
Guilbot	7 —	21 —	33 %
Geipel	8 —	30 —	27 %
Stirnemann.	11 —	41 —	27 %
M ^{me} Mantoux	13 —	54 —	24 %
Ghon.	35 —	80 —	44 %
Ribadeau-Dumas. . .	25 —	68 —	37 %

La plupart de ces chiffres se rapprochent, on le voit, des nôtres ; la proportion très élevée de tuberculoses ulcéreuses que nous notons dans les travaux de Küss, de Ghon, de Ribadeau-Dumas tient à ce fait que leurs relevés englobent des cas de tuberculoses ulcéreuses au début du ramollissement mais non complètement excavées. En ne tenant compte que des cavernes nettement constituées, (la délimitation est peut-être bien subtile et bien artificielle) on peut dire que celles-ci se rencontrent environ de 24 à 33 fois pour 100 autopsies de nourrissons tuberculeux décédés au cours des deux premières années de la vie.

En additionnant nos chiffres personnels à ceux du tableau précédent, nous obtenons un total de 220 cas de tuberculoses pulmonaires ulcéreuses graves pour

766 autopsies de nourrissons tuberculeux, soit une moyenne globale de 29 %.

L'évolution cavitaire de la tuberculose du poumon n'est donc pas, dans les deux premières années de la vie, aussi exceptionnelle que ne semblent l'indiquer, après Cadet de Gassicourt, la plupart des auteurs classiques.

2° Fréquence des cavernes du nourrisson d'après l'âge.

Les chiffres relevés dans les différents auteurs sont également d'accord avec les nôtres.

Avant trois mois, les cavernes sont exceptionnellement constatées à l'autopsie. Il n'est guère possible de relever dans la littérature que les cas de Hüter (de Magdebourg) (caverne fœtale), Berti Giovanni (9 jours), Demne (deux cas, 21 jours et 5 semaines, dont un douteux), Landouzy, Huguenin, Constantinovitch (2 mois), Hervouët, Parrot, Wassermann, Küss (2 mois 1/2), Leroux (cinq cas avant 3 mois).

Entre trois et six mois, la présence de cavernes à l'autopsie des nourrissons tuberculeux est déjà beaucoup moins rare. On la trouve signalée dans 1/8 à 1/4 des cas relevés par les auteurs.

Mais c'est pour la seconde moitié de la première année que les observations sont incontestablement les plus nombreuses. Notre statistique, attribuant à cet âge près de la moitié des cas, est sensiblement comparable en ce point avec les relevés de Lhomme (17 cas sur 39), de M^{me} Mantoux (6 cas sur 13), de Ribadeau-Dumas (9 cas sur 25). Mairesse, Lhomme, d'accord avec

nos chiffres, estiment que les cavernes sont observées avec le maximum de fréquence aux autopsies de nourrissons entre 8 et 11 mois.

De douze à vingt-quatre mois — et c'est là une constatation des plus curieuses et des plus intéressantes — les formes cavitaires sont observées avec une fréquence certainement moindre que pendant le second semestre de la vie. Leur proportion, dans la plupart des statistiques publiées (Lhomme, M^{me} Mantoux, Ribadeau-Dumas, Ghon) est, comme dans la nôtre, inférieure de beaucoup même à celle de la première année envisagée dans son ensemble. Rilliet et Barthez, qui n'avaient observé des cavernes que dans 1/8 des cas, avaient fait porter leurs recherches sur des enfants de un an à deux ans et demi ; ceci explique sans doute pourquoi leur chiffre est inférieur à ceux des autres auteurs. Leroux cependant, sur 57 cas, en compte 24 pour la première année, soit un peu moins que pour la seconde.

Cette prédominance habituelle de la première année de la vie sur la seconde au point de vue de la fréquence des tuberculoses cavitaires est un fait intéressant à signaler. Il est à rapprocher de cette très suggestive constatation de Ghon, qui dans une consciencieuse statistique a relevé la tuberculose pulmonaire ulcéreuse dans 24,44 % des cas chez les tuberculeux autopsiés de 2 à 14 ans contre 43,75 % entre 0 et 24 mois. Le second semestre de la vie marquerait donc peut-être le point culminant de la fréquence des tuberculoses pulmonaires graves chez l'enfant.

II. — Conditions étiologiques générales.

L'étude complète des facteurs qui conditionnent l'apparition et le développement de la tuberculose pulmonaire ulcéreuse du nourrisson nous entraînerait, sur le terrain de la pathologie générale, bien au delà du cadre que nous avons fixé à cette étude. Nous passerons seulement en revue dans ce chapitre les éléments étiologiques qui nous ont paru offrir un intérêt spécial au point de vue des formes qui nous occupent. Nous retiendrons surtout un élément prédisposant : l'hérédité, un élément déterminant : la contagion, ordinairement aérienne, et plusieurs éléments favorisants, infectieux ou mécaniques.

L'hérédité cause prédisposante.— Dans les 55 observations que nous rapportons, l'hérédité tuberculeuse a été nettement mise en évidence 32 fois, soit dans 58 % des cas ; c'est là un chiffre supérieur à ceux qui ont été relevés par MM. Hutinel et Tixier (50 %) par le professeur Marfan et M^{me} Mantoux (45 %). Il n'y a là rien de surprenant, étant donné la nature même de nos observations. Mais ce fait est intéressant à signaler. Notre chiffre élevé de 58 % est d'ailleurs certainement inférieur à la réalité, et, sur les 23 observations dans lesquelles l'hérédité tuberculeuse paraît faire défaut, il s'en trouve une quinzaine environ dans lesquelles, pour des raisons diverses, elle n'a pu être valablement recherchée. Dans nos 32 cas positifs, la tuberculose a été décelée, par l'interrogatoire ou l'examen direct, 10 fois chez le père seul, 11 fois chez la mère seule, 8 fois simultanément chez

le père et la mère, 3 fois chez les grands-parents, le père et la mère paraissant indemnes.

Malgré la fréquence de l'élément héréditaire chez nos nourrissons, nous n'avons cependant relevé aucun cas où l'origine congénitale de la tuberculose pût être affirmée, et nous ne pouvons que nous rallier, avec la plupart des auteurs actuels, aux conclusions de Küss. L'hérédité tuberculeuse n'en conserve pas moins un rôle capital et l'étude des conditions dans lesquelles elle s'affirme soulève, dans les formes qui nous occupent, d'intéressants problèmes.

Si la tuberculose des ascendants est le facteur prédisposant par excellence aux formes ulcéreuses graves de la bacillose du poumon chez le nourrisson, elle n'est pas le seul. Il est banal de rappeler combien souvent, en particulier dans la population urbaine, dans la clientèle d'hôpital, le terrain se trouve simultanément préparé par ses alliés de tout instant, l'alcoolisme et la syphilis. L'influence néfaste de cette « triplice » est, dans les tuberculose graves que nous étudions, souvent en jeu.

La contagion aérienne cause déterminante. — La contagion foetale devant être éliminée dans la plupart des cas, sa réalité étant dans les cas « possibles » difficile à démontrer, l'idée logique qui vient à l'esprit en présence des tuberculoses cavitaires du poumon dont nous rapportons les observations est celle de la contagion par voie aérienne. Pour donner la preuve absolue de cette origine, il faudrait dans chaque cas non seulement une autopsie minutieuse mais une étude clinique

longuement suivie, commencée avant les premiers symptômes, avant l'hôpital. Cependant les documents anatomiques que nous apportons plus loin, l'étude nécropsique, suivant la méthode de Küss, des « relais » de la tuberculose pulmo-ganglionnaire, l'étude comparée des lésions souvent très différentes de degré dans chaque poumon, celle des lésions thoraciques comparée à l'état des autres viscères, fournissent un certain nombre de données dont nous ne pouvons ne pas tenir compte. Et nous y voyons plus que des arguments de « sentiment » en faveur de l'origine fréquemment aérienne dans ces cas.

La réalité de la contagion par inhalation est rendue plus vraisemblable encore dans un certain nombre de nos observations par l'histoire même des petits malades. Les deux enfants, frère et sœur, qui font l'objet de nos observations XLVII et XLVIII succombent à l'hôpital à dix jours d'intervalle l'un de l'autre : leur histoire clinique montre que chez tous deux la contamination a dû être contemporaine ou à peu près et l'on ne peut s'empêcher d'être frappé par ce fait que ces deux enfants, dont le père et la mère paraissent indemnes, étaient quotidiennement laissés aux soins d'une grand-mère qui meurt de tuberculose pulmonaire un mois avant leur entrée à l'hôpital.

La petite phthisique que nous avons observée dans le service de M. Guinon (Obs. LIV) a été allaitée par sa mère tuberculeuse à l'agonie et dormait dans le même lit qu'elle. Des faits de contagion analogues ont pu être mis en évidence dans beaucoup de nos observations.

Cependant la voie digestive ne doit pas être éliminée dans tous les cas ; celle-ci paraît vraisemblable dans plusieurs de nos observations, par exemple dans notre observation XXVI, où à des lésions pulmonaires ulcéreuses graves s'associaient des lésions généralisées intenses, et où une tuberculose d'évolution rapide a paru se manifester au moment de la substitution du biberon au sein.

Notons en passant que, sur 42 nourrissons au sujet desquels nous possédons des renseignements, 12 avaient été élevés exclusivement au sein, 16 plus ou moins longuement au sein avant de recevoir le biberon, 3 à l'allaitement mixte depuis la naissance, 11 exclusivement au biberon. Nous ne pouvons tirer de ces chiffres aucun enseignement.

Quand à l'âge auquel a pu se produire la contagion, nous manquons, dans la grande majorité des cas, de tout point de repère permettant de le préciser avec exactitude.

Causes favorisantes : 1° Causes infectieuses ; Causes mécaniques. — 1° *Causes infectieuses.* — Nous n'avons pas à insister sur les infections diverses, fièvres éruptives ou autres, qui sont si souvent la cause chez l'enfant d'un réveil ou d'une aggravation d'un processus tuberculeux, avéré ou soupçonné. Nous nous demanderons seulement dans quelle mesure, ce processus une fois en évolution, les éléments infectieux divers interviennent pour lui imprimer l'allure destructive grave qui caractérise les cas que nous étudions, et nous verrons suc-

cessivement le rôle à ce point de vue des infections aiguës banales et de l'hérédo-syphilis.

Il ne nous paraît douteux que des infections aiguës banales puissent jouer un rôle dans le développement des cavernes du nourrisson. Kornel et Preisisch le considéraient comme important. Dans plusieurs de nos observations, la superposition des signes cliniques aux constatations d'autopsie permet de penser qu'il y a eu, sur un même poumon, coexistence de broncho-pneumonie banale et de tuberculose ulcéreuse.

Dans l'une d'elles (obs. VIII), des cocci extrêmement abondants ont été trouvés dans le pus de cavernules de formation indiscutablement tuberculeuses. C'est d'ailleurs dans la forme broncho-pneumonique cavernuleuse, la plus aiguë d'allure en général parmi toutes les formes que nous avons observées, que cette association paraît se rencontrer le plus volontiers.

Le pneumocoque serait souvent en cause ; on sait d'ailleurs combien la présence de cet agent pathogène aggrave l'évolution de la tuberculose chez le nourrisson (Ribadeau-Dumas, Philibert).

Pour incontestable qu'elle soit, nous devons cependant reconnaître que l'influence des infections aiguës sur l'évolution des ulcérations tuberculeuses ne nous a pas paru particulièrement fréquente.

L'absence de toute infection surajoutée dans un certain nombre de tuberculoses cavitaires du nourrisson, pourrait être au contraire à bon droit déduite du fait de l'absence fréquente des réactions cliniques et ana-

tomiques tapageuses qui accompagnent habituellement ces infections.

Le rôle de l'*hérédo-syphilis* nous apparaît d'une importance bien plus considérable.

La fréquence de l'association de la tuberculose et de la syphilis est un fait aujourd'hui bien connu. Landouzy, Sergent, dans de nombreuses et intéressantes publications, l'école de Saint-Louis, dans son domaine spécial, en ont spécifié les modalités et nous ont appris l'habituelle tendance fibrogène de cette symbiose. Mais c'est au Professeur Hutinel que revient le mérite d'avoir, dans des publications déjà anciennes, et dans une série de publications récentes, attiré l'attention sur la fréquence et l'importance de cette association morbide en pathologie infantile. Pour notre part, pendant l'année d'internat que nous avons passée à l'hôpital Hérold, nous avons été frappés de la très grande fréquence avec laquelle nous avons vu notre maître le Dr Barbier dépister l'hérédo-syphilis chez les nourrissons tuberculeux de son service, et nous avons souvent vu une agréable surprise thérapeutique être le corollaire de cette découverte.

Les documents nous manquent pour établir de façon précise en quelle proportion l'association de syphilis et de tuberculose peut être observée chez le nourrisson de façon générale, et pour déterminer la relativité plus ou moins grande de sa fréquence dans les formes cavitaires. Mais les chiffres absolus que nous avons relevés nous paraissent cependant d'une certaine importance à ce point de vue : l'hérédité syphilitique a pu être soup-

connée en effet dans 11 de nos observations, soit dans $\frac{1}{5}$ des cas ; elle s'est manifestée de façon non douteuse dans 6 cas, soit une fois sur 9. C'est là une très forte proportion, si l'on songe à la fréquence des syphilis méconnues ou insoupçonnées. Force est de reconnaître qu'il y a là un argument important en faveur de l'hypothèse émise dès longtemps par le Professeur Hutinel au sujet de la plus grande fréquence des cavernes pulmonaires chez les hérédos-syphilitiques.

En dehors de son rôle dystrophiant, préparant le terrain, agissant, comme nous l'avons dit plus haut, concurremment avec l'hérédité tuberculeuse, la syphilis joue souvent dans le déterminisme des lésions pulmonaires un rôle actif, et nous aurons l'occasion d'étudier au chapitre suivant ces formes anatomiques intéressantes où il est si difficile de reconnaître la part revenant à chaque affection.

2° *Causes mécaniques.* — Nous n'en dirons qu'un mot.

L'énorme hypertrophie des ganglions bronchiques observée sans exception dans tous les cas que nous rapportons, la présence fréquente d'un processus scléreux englobant les organes des médiastins dans une gangue péniblement dissociable, rend vraisemblable l'hypothèse émise par Lortat-Jacob et Vitry (46) d'une compression nerveuse favorisant le processus ulcéreux pulmonaire par une action dystrophique.

Peut-être devrait-on faire intervenir au même titre les compressions non douteuses des vaisseaux pulmonaires et des divers segments de l'arbre respiratoire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous étudierons successivement l'ulcération cavitaire avec ses différentes variétés anatomiques, et les lésions tuberculeuses concomitantes intra et extra-thoraciques.

L'ulcération cavitaire et ses variétés anatomiques.

Nombre. — Dans un assez grand nombre de cas, on observe à l'autopsie une caverne isolée, intéressante par ce fait qu'elle peut alors logiquement être considérée, au milieu des lésions d'âge divers que l'on peut rencontrer dans les poumons, comme représentant le foyer initial. Nous avons, dans nos observations, rencontré 29 cas de caverne unique contre 23 cas de cavernes multiples, variant en nombre de 2 à 10 ou 12 dans un seul ou dans les deux poumons.

Siège. — La description du siège des ulcérations cavitaires doit être envisagée à part, suivant qu'il s'agit d'une lésion unique ou de lésions multiples.

Caverne unique. — Sur 52 autopsies que nous rapportons, nous avons rencontré 29 cas de caverne unique

se décomposant, au point de vue du siège, de la façon suivante :

Poumon droit, 16, dont: lobe supérieur.		8
— moyen		4
— inférieur		4
Poumon gauche, 13, dont : lobe supérieur		7
— inférieur		6

Cavernes multiples. — 23 cas, se décomposant comme suit :

a) Cavernes siégeant dans un seul poumon : 15 cas,
dont : à droite 11 fois

occupant plusieurs lobes, 6 fois

un seul lobe 5 —

dont : supérieur. . 3

moyen. . . 1

inférieur . . . 1

à gauche 4 fois

occupant les deux lobes, 2 fois

un seul lobe 2 —

dont : supérieur . . . 2

inférieur : . 0

b) Cavernes siégeant aux deux poumons : 8 cas, dont 3 fois localisées aux deux sommets, 1 fois occupant les 2 sommets en même temps qu'un des lobes inférieurs.

Sur ces 23 cas de cavernes multiples, il était possible dans 13 autopsies de distinguer une caverne de volume nettement prépondérant, dont le siège occupait 8 fois le poumon droit (sommet 4, lobe moyen 3, lobe infé-

rieur 1) et 5 fois le poumon gauche (sommet 4, lobe inférieur 1 fois).

En groupant ensemble ces divers chiffres, voici ce que nous constatons :

Cavernes uniques ou multiples siégeant sur un seul poumon : 44 cas, dont 25 fois à droite, 17 fois à gauche.

Cavernes uniques ou multiples, n'occupant qu'un seul lobe pulmonaire : 36 cas, dont : lobes supérieurs (droit et gauche) 20 fois; lobes inférieurs (droit et gauche) et moyen, 16 fois.

De ces différents chiffres, nous retiendrons les données suivantes :

1° Les cavernes pulmonaires du nourrisson peuvent siéger indifféremment aux divers lobes. *On les observe aussi bien aux sommets qu'aux bases ;* à en juger par nos chiffres, elles seraient plutôt plus fréquentes aux sommets, et cette prédominance du sommet s'affirmerait plus au poumon gauche qu'au poumon droit ;

2° Elles siégeraient avec une fréquence un peu plus grande au poumon droit ;

3° Enfin il est intéressant de noter que *ces lésions ulcéreuses graves sont, dans 44 cas sur 52, limitées à un seul poumon, et, dans 36 cas, à un seul lobe pulmonaire.*

Nous reviendrons plus loin sur ce dernier point. Sur le second (prédominance à droite) nous sommes d'accord avec la majorité des auteurs. Quant au premier (localisation en hauteur) nos chiffres appellent quelques commentaires.

On sait en effet que dans ces dernières années un certain nombre d'auteurs se sont efforcés d'établir que

la lésion initiale de la tuberculose pulmonaire occupait les lobes inférieurs de préférence aux sommets qui avaient été jusqu'à présent considérés comme le siège primitif habituel du processus bacillaire. Küss, Ghon, Rist, Ribadeau-Dumas et Debré, etc..., ont apporté à ce sujet des documents intéressants. D'autre part, il y a tout lieu, dans la plupart des cas, surtout lorsqu'il s'agit de caverne unique, de considérer les grosses lésions que nous avons observées comme représentant la lésion pulmonaire la plus ancienne. Nos chiffres sont donc en désaccord avec la doctrine actuelle de la localisation basale habituelle du foyer initial. Notons d'ailleurs que plusieurs travaux consacrés avant le nôtre aux cavernes pulmonaires du nourrisson ont également noté la grande variabilité de leur siège (Mairesse, Lhomme, etc.).

En dehors de leur siège suivant les lobes, le siège des lésions ulcéreuses dans chaque lobe nous a semblé présenter plusieurs particularités intéressantes ; dans un très grand nombre de cas, en effet, parmi nos documents d'autopsie, les cavernes de gros, de moyen, ou de petit volume, nous ont paru, quelque soit le lobe, *siéger de préférence en un point superficiel, sous-pleural, de la région antérieure du poumon*, d'une part, et d'autre part *en une zone aussi rapprochée que possible, dans la direction verticale, du plan horizontal du hile*.

C'est ainsi que dans beaucoup de nos observations les lésions ulcéreuses du lobe supérieur siègent à sa partie antérieure et inférieure, celles du lobe inférieur au contraire à sa partie antéro-supérieure, tandis que celles du lobe moyen droit restent centro-antérieures.

L'absence de données absolument précises dans un certain nombre de nos cas nous empêche d'indiquer la fréquence exacte de ces deux particularités de localisation, que nous considérons cependant comme très fréquentes, *d'accord en ce point avec les données* fournies par les travaux récents sur la localisation du foyer initial (Küss, Ghon, etc...).

Dimensions. — Elles sont des plus variables, allant depuis le volume d'un pois dans les cas de cavernes multiples ou dans le cas de fonte récente du noyau primitif, jusqu'à celui d'une noix, d'un œuf de poule, d'une mandarine dans les cas de caverne de longue évolution ou de cavernes formées dans un bloc caséeux par confluence de plusieurs ulcérations. Ribadeau-Dumas a noté les grosses cavernes dans 16 % des autopsies de nourrissons tuberculeux. Pour l'ensemble des autopsies que nous avons relevées, nous avons noté, dans une proportion égale à celle indiquée par cet auteur, et correspondant environ à 3/5 des cas rapportés plus loin, des excavations importantes, depuis le volume d'une amande jusqu'à la destruction presque complète d'un lobe.

Formes anatomiques. — Nous en distinguerons quatre principales, suivant que la caverne tuberculeuse est le résultat du processus de fonte simple du noyau primitif, d'un processus de pneumonie caséreuse ulcérée, d'une broncho-pneumonie à forme cavernuleuse, ou d'un processus fibro-caséeux à la fois tuberculeux et syphilitique.

1° Cavernes par fonte simple du noyau primitif.

— Ce sont de toutes les plus curieuses à étudier. Mais

on ne les trouve à l'état de pureté que dans un nombre restreint de cas, un des processus que nous étudierons plus loin venant souvent en modifier l'évolution et les caractères anatomiques.

Dans leur forme typique, elles sont constituées par des excavations arrondies ou ovalaires, régulières ; leurs parois sont en général régulières, d'apparence jaunâtre, caséuse, quand la caverne est en évolution, lisses, quelquefois rougeâtres, d'apparence sèche dans certains cas plus anciens. Il peut même arriver (obs. XLVIII) qu'on surprenne à leur niveau une ébauche de processus de cicatrisation. Leur contenu est tantôt caséeux mou, tantôt franchement purulent ; dans les formes qui paraissent anciennes, il n'est pas rare de les trouver vides. Il n'est pas exceptionnel de les trouver dépourvues de déversoir bronchique : cette particularité qui avait été signalée il y a longtemps par Rilliet et Barthez est cependant inconstante. Leur périphérie est souvent formée par une couronne de granulations ou de tubercules plus ou moins avancés ; quant à la réaction fibreuse, s'il est vrai que, conformément à l'opinion classique, elle manque ou soit très réduite autour des petites ulcérations, elle ne fait jamais défaut et est même parfois assez accentuée autour des cavernes que leur volume permet de considérer comme relativement anciennes.

Quant à leur siège, il est des plus variables, et il n'y a pas dans nos observations de prédominance marquée pour un côté ou pour un lobe en faveur d'un autre.

Nos observations IV, XVI, XX, XXV, XLVIII sont

des exemples assez typiques de cette forme, que l'on retrouve, moins nette cependant, dans nos observations VI, XII, XXVII, XXIX.

L'absence, inconstante il est vrai, de déversoir bronchique, la présence d'une coque fibreuse très nette donnent à ces excavations l'apparence d'un ganglion, et, de fait, il est extrêmement difficile de les en différencier macroscopiquement. Ces particularités anatomiques expliquent d'autre part leur peu de retentissement clinique. Ce sont ordinairement des formes silencieuses : leurs symptômes sont d'ordre général, extra-pulmonaires, et se groupent le plus souvent sous la forme que nous étudierons plus loin de l'atrophie digestive.

2° **Pneumonie caséuse.** — Cette forme paraît être, en même temps que la suivante, avec laquelle elle se combine parfois, la plus commune. Nous en trouvons des exemples nombreux dans nos observations (I, XVII, XIX, XXXI, XXXV, XL, XLIV, XLV, LII, LIII). Les caractéristiques habituelles des cavernes formées par ce processus sont leur volume souvent considérable et leur aspect anfractueux. Elles occupent parfois de façon massive un lobe entier, de siège d'ailleurs variable. La radiographie a permis à Ribadeau-Dumas de montrer qu'elles se constituaient, en un temps relativement rapide (six semaines environ) par la confluence d'un certain nombre de petites ulcérations ; ceci explique la disposition en logettes, la présence de cavités diverticulaires qu'on retrouve parfois à l'autopsie.

Leurs parois irrégulières et déchiquetées, où l'on voit habituellement s'ouvrir une ou plusieurs bronches plus

ou moins dilacérées, sont sillonnées de brides conjonctives cloisonnant quelquefois l'excavation, de vaisseaux mis à nu, sur lesquels on a pu exceptionnellement observer la présence d'anévrysmes de Rasmussen (Rabot et Varay) ou d'une ulcération cause d'hémoptysie (Cadet de Gassicourt, Douglas-Powell).

Leur contenu est variable ; c'est le plus souvent un mélange de particules solides nécrosées et de liquide purulent riche en bacilles, attestant de l'intensité du processus massif de destruction dont elles relèvent.

Cliniquement elles donnent lieu à une symptomatologie, tantôt aiguë, tantôt subaiguë, franchement pulmonaire tout au moins à leur période terminale. L'expectoration bacillaire ordinairement abondante permet de les différencier des processus aigus banaux.

3° **Forme cavernuleuse disséminée.** — Cette forme, combinée parfois, comme nous l'avons dit, avec la précédente, est très intéressante à étudier. Elle est assez commune, et nous la retrouvons dans une forte proportion pour l'ensemble de nos cas autopsiés (obs. III, VIII, XI, XXIII, XXIV, XXXII, XXXV, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XLI, XLII, XLIII, XLVII). Les caractéristiques sont la multiplicité des lésions, leur volume en général restreint, le minimum ou l'absence complète de réaction fibreuse à leur voisinage, leur développement péribronchique. Sur les pièces anatomiques on rencontre souvent, disséminées dans un même poumon, et à divers stades d'évolution, les lésions tuberculeuses qui aboutissent à leur formation. A un premier stade, on voit les granulations grises former autour d'une

bronchiole de petits amas transparents, d'abord peu serrés, puis de plus en plus compacts, se groupant peu à peu autour du conduit aérien en figures polycyiques, en corymbes : c'est l'aspect classique depuis la thèse de Queyrat, de la broncho-pneumonie tuberculeuse en bouquets, en chou-fleur. Sur des lésions plus avancées, à mesure que la caséification apparaît, rapide, les contours de la masse tuberculeuse deviennent indistincts, et la bronche qui la centre se dilate et s'ulcère. Au stade de caverne constituée, le ramollissement paraît s'être produit massif et rapide, et l'on trouve une excavation remplie de pus creusée au milieu d'une coque mollassse de tissu caséeux qu'aucune limite distincte ne sépare du parenchyme pulmonaire sain.

Les cavernules ainsi formées sont disséminées dans un ou plusieurs lobes ; cependant il est intéressant de constater que dans une bonne moitié des cas elles restent limitées à un poumon.

Leur volume, presque toujours petit, est variable, mais il est souvent possible d'observer parmi elles une cavité de dimensions nettement prépondérantes entourée d'une coque fibreuse plus ou moins résistante, qu'il est alors possible de considérer comme la lésion initiale.

L'aspect général de ces formes rappelle de très près celui des lésions expérimentales que Bezançon et Braun ont déterminé chez des cobayes par des réinoculations massives par voie aérienne. Il est donc logique de les considérer comme résultant d'un essaimage aérien, ou pour employer l'expression de Sabourin, d'embolies

bronchiques, dont le point de départ pourrait être la « caverne mère » que nous avons quelquefois retrouvée.

Rapide dans son évolution anatomique, la broncho-pneumonie cavernuleuse disséminée donne lieu tantôt à une évolution sourde, tantôt à une symptomatologie bruyante ; elle paraît, de façon générale, évoluer plus rapidement que les autres formes étudiées ici.

4° Forme fibro-caséuse avec association de syphilis. — Nous avons insisté au chapitre précédent sur l'importance de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie et le développement des cavernes pulmonaires tuberculeuses du nourrisson. Nous avons montré brièvement quel pouvait être son rôle prédisposant ; mais nous avons vu aussi qu'elle n'agit pas seulement à ce titre, et que l'infection syphilitique peut être présente dans le poumon excavé en même temps que l'infection tuberculeuse.

Le résultat de cette association est la formation de lésions remarquables par l'intensité du processus fibreux.

Les réactions fibreuses existent en vérité souvent, contrairement peut-être à l'opinion classique, au niveau ou son voisinage des lésions tuberculeuses pures de l'enfant ; nous en citons dans nos observations un grand nombre d'exemples. Il ne nous paraît pas exagéré de dire que la réaction fibreuse, autour des cavernes est plus souvent présente qu'absente ; elle est cependant de façon générale limitée et relativement peu accentuée.

Aussi est-on immédiatement frappé à certaines autopsies de nourrissons de trouver, dans un ou deux poumons, dans un ou plusieurs lobes, un processus sclé-

reux si intense qu'il donne à première vue l'impression d'un état dystrophique congénital. Quand ce processus scléreux se combine au processus ulcéreux, le poumon offre l'aspect d'une véritable éponge fibreuse, creusée de multiples cavités arrondies, ordinairement petites. Ces cavités sont tantôt vides, tantôt pleines d'un caséum compact et de coloration jaune qui ressemble peu au caséum tuberculeux habituel et dans lequel la recherche du bacille de Koch peut être effectivement négative (Obs. XXXIV). La présence du processus tuberculeux est cependant affirmée par la constatation, en certains points du poumon, de lésions tuberculeuses non douteuses à l'examen macroscopique (granulations, etc...) et à l'examen microscopique, et par la réaction ganglionnaire caséuse des foyers ulcérés.

Nos observations XXI, XXXIV, XXXVI, sont des types de cette forme dans lesquelles l'hérédo-syphilis a pu être, deux fois au moins, nettement affirmée par la clinique. Nous avons pu d'autre part, en voir au Laboratoire de la Clinique des Enfants-Malades un bel exemple ayant trait à un nourrisson de trois mois, dont l'observation a fait, croyons-nous, le sujet d'une leçon récente du Professeur Hutinel.

A ces formes, nous aurions pu ajouter avec Mairesse une forme ulcéreuse chronique simple à type de tuberculose d'adulte, mais nous avons estimé que tous les cas que nous aurions pu ranger sous ce titre rentraient au point de vue anatomique pur, dans une des catégories que nous avons établies ci-dessus.

Nous avons volontairement laissé de côté dans notre description les cavernes ganglionnaires. Cependant nous relatons cinq observations (obs. XIV, XXII, XXX, XLIX, LIV) dans lesquelles l'ulcération était mixte, pulmonaire et ganglionnaire, sans que la précession en l'un ou l'autre organe puisse être affirmée.

Les lésions tuberculeuses concomitantes.

Lésions intrathoraciques. — Nous avons vu que dans un grand nombre de nos observations les lésions ulcéreuses étaient limitées à un seul poumon, très souvent même à un seul lobe. Le contraste entre l'intensité de la lésion destructive et le peu d'ancienneté et d'intensité des lésions pulmonaires concomitantes est souvent frappant. Ausset a pu noter l'absence complète de toute autre lésion tuberculeuse chez un nourrisson porteur d'une grosse caverne, nous-même avons constaté dans quelques cas l'absence complète de tuberculose apparente dans un des deux poumons, et souvent, en dehors du lobe très atteint, de simples lésions de tuberculose granulique légère et manifestement récente.

Les plèvres sont souvent atteintes dans les observations que nous rapportons ; nous trouvons signalées dans 25 cas, sur 48 autopsies, des lésions diverses, allant depuis l'adhérence limitée au voisinage d'une caverne superficielle ou la pleurite interlobaire adhésive légère, jusqu'aux adhérences étendues à tout un lobe, ou à la totalité d'un ou de deux poumons. Dans quelques cas (ob. XXI, XXIV, XXXIV, XL, LI, LII), ces

adhérences étaient particulièrement épaisses, étendues et résistantes. Dans notre observation XLV, nous avons trouvé à l'autopsie d'un enfant de 2 ans une pleurésie purulente cloisonnée (qui avait d'abord été séro-fibrineuse) dans laquelle s'ouvrait une caverne de pneumonie caséuse. La fréquence des lésions pleurales que nous avons observées est en opposition avec l'opinion classique qui les considère comme rares. Stirnimann aurait cependant constaté 18 fois l'existence d'exsudats pleurétiques sur 41 autopsies de tuberculeux.

Les ganglions médiastinaux, dans toutes nos observations, sont gravement atteints. Dans les cas où leur description est suffisamment précise, et en particulier dans une douzaine de cas dont les pièces anatomiques sont conservées au laboratoire d'Hérolde, nous avons constamment trouvé un ganglion plus volumineux caséux et ordinairement ramolli siégeant du côté des plus grosses lésions pulmonaires. Les ganglions voisins, ordinairement moins volumineux, diffèrent d'aspect suivant qu'on les envisage au-dessus ou au-dessous de ce ganglion ; au-dessus les ganglions sont souvent caséux quoique ordinairement à un stade moins avancé que le ganglion principal ; on peut ainsi suivre jusqu'à la région cervicale dans certains cas (obs. XXXIII. etc...), une chaîne de ganglions caséux. Les ganglions situés au-dessous sont toujours au contraire nettement moins atteints.

La compression fréquente des nerfs et vaisseaux du médiastin, ainsi que des conduits bronchiques par les masses ganglionnaires et par le tissu fibreux dense qui

les englobe (médiastinite calleuse) intervient peut-être comme cause favorisante, ainsi que nous l'avons vu, dans le développement du processus ulcéreux pulmonaire.

Lésions extra-thoraciques. — Les lésions tuberculeuses des organes extra-thoraciques sont des plus variables dans nos observations. Dans quelques-unes elles sont très étendues, généralisées (obs. X, XX, XXVI, XL) ; dans d'autres, au contraire elles font presque complètement défaut (obs. XVI, XXIV, XXV, LI) ou consistent en une granulie manifestement récente (obs. I, VI, X, XXVII, XXVIII, etc...). Dans presque tous nos cas, elles sont en opposition frappante, par leur peu d'intensité relative, avec la grave lésion ulcéreuse que l'on note au poumon.

La péritonite tuberculeuse est rare, de même que les lésions de l'intestin.

Le foie, la rate, les reins présentent souvent des granulations ou des tubercules conglomérés, exceptionnellement des lésions franchement caséeuses.

Quant aux *ganglions mésentériques*, sur 24 cas où leur aspect a été décrit avec précision, nous les trouvons 7 fois franchement caséeux, 4 fois tuméfiés mais peu atteints, non caséeux, et 13 fois intacts ou à peine augmentés de volume, sans tuberculose apparente.

La *granulie méningée* terminale est fréquente.

De l'ensemble des caractères anatomiques que nous venons d'étudier se dégage cette conclusion importante que les formes cavitaires de la tuberculose pulmonaire

du nourrisson se distinguent des formes considérées comme classiques à cet âge par leur moindre tendance à la généralisation, par la prédominance habituelle des lésions ulcéreuses du poumon.

Elles se rapprochent incontestablement du type anatomique observé chez l'adulte.

SIGNES PULMONAIRES

Signes physiques — Signes fonctionnels **Radiographie.**

Signes physiques. — Ils sont des plus inconstants et des plus trompeurs. Ils peuvent faire complètement défaut, et il a pu arriver que des nourrissons porteurs de grosses cavernes n'aient présenté peu de temps avant leur mort aucune modification perceptible de la sonorité à la percussion, aucune altération du murmure vésiculaire, aucun souffle, aucun bruit adventice.

Cette absence complète de signes physiques peut trouver une explication partielle dans ce fait très anciennement connu qu'un certain nombre de cavernes du premier âge sont dépourvues de communication avec les bronches.

Dans la majorité des cas, sans être absolument muette, l'excavation pulmonaire ne donne lieu qu'à des signes très réduits et non caractéristiques.

De ces signes, la submatité ou la matité franche à la percussion est le plus constant et le plus fidèle ; persistante et fixe à un sommet, ou aux deux sommets,

elle est un symptôme de grande valeur, et c'est souvent le seul qui permette chez le jeune enfant de localiser un foyer tuberculeux soupçonné par ailleurs.

Dans les observations que nous rapportons, c'est le seul signe qui nous paraît avoir été observé avec une certaine constance, quel que soit l'âge des petits sujets.

Mais s'il est précieux dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, il est assurément insuffisant pour permettre celui de tuberculose cavitaire.

Quant aux modifications respiratoires, aux bruits de souffle, aux râles disséminés ou en foyer que l'on retrouve dans les observations, il est en général impossible de leur attribuer quelque valeur diagnostique.

Parfois cependant la symptomatologie cavitaire apparaît dans toute sa netteté et permet un diagnostic ferme ; il s'agit alors souvent de nourrissons relativement âgés, de 18 mois à 2 ans, chez lesquels les symptômes se rapprochent déjà de ceux observés dans la seconde enfance ; ou bien, chez des nourrissons plus jeunes, de lésions particulièrement étendues et affleurant la plèvre sur une assez grande surface, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte à plusieurs autopsies.

Nous savons d'autre part combien il faut se méfier chez l'enfant des signes pseudo-cavitaires si souvent observés dans les broncho-pneumonies de tout ordre.

Le syndrome cavitaire fût-il au complet, il sera prudent de toujours appuyer son diagnostic sur des signes moins trompeurs.

Signes fonctionnels. — La symptomatologie fonctionnelle, quoique extrêmement variable, nous offre

plusieurs éléments d'une valeur bien supérieure pour le point de vue qui nous occupe.

Dyspnée. — La dyspnée est un signe inconstant et trompeur ; elle paraît surtout fonction des envahissements massifs d'un ou des deux poumons, des poussées aiguës, des compressions de l'arbre trachéo-bronchique par les masses ganglionnaires ; mais elle peut manquer totalement chez des sujets porteurs de très grosses cavernes.

Toux. — La toux est un symptôme plus important. Elle peut se rencontrer sous deux formes. Dans la première, fréquemment observée chez les tout petits, c'est la toux coqueluchoïde de compression ou d'irritation médiastinale, sur laquelle nous n'avons pas lieu de nous attarder.

Dans la seconde c'est une petite toux survenant sans quinte, sans effort, à intervalles plus ou moins espacés, en général peu fréquente : il faut la guetter pour la surprendre le matin au réveil de l'enfant ou au moment d'un mouvement, d'un repas, car souvent ces tout petits accès ne se produisent que 4, 5, 6 fois dans la journée. Mais elle est alors tout à fait caractéristique, cette petite toux misérable et plaintive, qui rappelle de très près la toux si pénible à entendre du phthisique adulte ; son timbre éteint, humide et gras atteste à l'oreille attentive son caractère de toux d'expectation :

Expectoration. — C'est en effet au moment de ces petits accès de *toux grasse* que l'on peut surprendre au passage une *expectoration* que la déglutition immédiate habituelle chez le jeune enfant empêche d'apparaître à

l'extérieur. Sa recherche chez le nourrisson est aujourd'hui classique, et la technique en est mentionnée dans les différents articles des traités récents et dans les mémoires originaux sur la tuberculose du premier âge. Nous sommes cependant surpris qu'elle soit si souvent négligée en pratique, comme est d'ailleurs négligée de façon générale l'étude si instructive de l'expectoration chez l'enfant.

Dans le service de notre maître M. le D^r Barbier, où chaque malade est méthodiquement suivi à cet égard, où l'expectoration de tout enfant quelque peu suspect de tuberculose ou atteint de quelque affection des voies respiratoires est soumise à des examens répétés, nous avons été frappés des précieux renseignements que donnent ces examens. Leur application est sans doute plus restreinte chez le nourrisson que dans la seconde et la grande enfance, mais elle ne devra cependant jamais être négligée.

La manière de procéder est simple. L'index ou le petit doigt enveloppé d'un tampon de coton hydrophile légèrement imbibé d'eau, puis exprimé, pour le rendre plus absorbant, est introduit au contact de l'orifice glottique de l'enfant au moment d'un accès de toux, avant que se soit produit le mouvement de déglutition qui entraîne dans les voies digestives le crachat qu'on se propose de recueillir. On bien, en dehors de tout accès, on cherche à provoquer, par chatouillement de l'épiglotte, une petite secousse de toux accompagnée d'expectoration.

Souvent on ne ramènera que de la salive, quelques

mucosités filantes, dont l'examen sera négatif ; on procédera alors, mais à plusieurs heures d'intervalle, à un nouvel essai. Avec un peu d'adresse et beaucoup de patience on arrivera toujours ou presque toujours, chez les enfants qui *toussent gras*, à *accrocher* sur le tampon de coton hydrophile, un crachat vrai auquel son étalement enlève toute caractéristique mais qui se prête parfaitement à l'examen bactériologique.

Nous sommes convaincus que, si on voulait en poursuivre la recherche avec soin dans chaque cas, l'expectoration bacillaire serait fréquemment rencontrée chez le nourrisson tuberculeux, comme elle l'est chez l'enfant tuberculeux plus âgé. Elle a été souvent notée dans les observations que nous relatons plus loin, parfois chez des enfants âgés de moins de six mois.

La constatation permet d'affirmer la bacillose du poumon, et elle est une très forte présomption en faveur d'une lésion ulcéreuse.

La recherche directe par le procédé que nous venons de rappeler nous paraît préférable, tant au point de vue du diagnostic de la tuberculose que pour en préciser le siège pulmonaire et la gravité, aux méthodes proposées par différents auteurs pour rechercher le bacille dans les crachats déglutis, soit en les extrayant de l'estomac par un lavage aseptique (H. Meunier), soit en les recherchant dans les selles.

Hémoptysie. — A côté de l'expectoration, ordinairement très riche en bacilles chez les petits cavitaires, mais dont le peu d'abondance ne permet de préciser les divers aspects et les caractéristiques histo-chimiques, il

faut placer un signe d'égale importance et auquel on a attaché une valeur pathognomonique : l'*hémoptysie*.

L'*hémoptysie* est en effet un signe très important, mais assez rare chez le nourrisson.

Cadet de Gassicourt (10), West (69), Douglas-Powell (14), Carrié (11), R.-W. Foss (15), Constantinovitch (12) en ont rapporté des cas isolés, ayant trait à des enfants de 4 mois à 2 ans. Mantel (51) ajoute à ces cas trois observations concernant des nourrissons de 4, 16 et 24 mois. De Gandt (17) en cite un cas et Lhomme, ajoutant dans sa thèse une observation nouvelle due à MM. Guinon et Pater, les étudie longuement. M^{me} Dora Mantoux enfin en rapporte un cas. C'est donc bien en résumé un symptôme rare. Nous-même ne l'avons vu noté qu'une fois, chez un nourrisson de 18 mois, sur les 54 cas de tuberculose cavitaire du premier âge que nous avons réunis à l'hôpital Hérold.

Dans tous les cas, sans exception, qui ont été autopsiés, la présence d'une ou de plusieurs cavernes a pu être constatée; parfois on a pu voir celle-ci remplie d'un caillot sanguin moulant ses parois (Mantel, etc...) mais deux fois seulement, dans les observations de Douglas-Powell et de Cadet de Gassicourt, on a pu en préciser l'origine exacte. Dans le cas de Cadet de Gassicourt, il s'agissait de l'ulcération d'une grosse branche de l'artère pulmonaire au niveau de la paroi d'une caverne; dans le cas de Douglas-Powell, l'hémorragie était due à la rupture d'un petit vaisseau traversant l'excavation à sa partie supérieure.

L'hémoptysie, dans la plupart des cas observés, a été

abondante et mortelle ; dans les cas de Douglas-Powell, Cadet de Gassicourt, Foss, elle a été foudroyante. Dans les autres cas, y compris celui que nous rapportons, la mort a presque toujours suivi de près l'hémoptysie.

Il n'en a cependant pas été ainsi dans les deux cas de M^{me} Dora Mantoux et de Guinon, Pater et Lhomme ; dans ce dernier en particulier il y eut une survie d'un mois, sans récédive de l'hémoptysie.

Lhomme fait justement remarquer qu'à côté de ces hémoptysies abondantes, il est possible que de petites hémoptysies puissent se produire chez l'enfant, tout en passant inaperçues. De fait, dans plusieurs cas (Henoch (26), Constantinovitch, de Gandt) elles n'ont été soupçonnées que grâce à la constatation d'un mélœna plus ou moins important.

Signalons enfin l'opinion défendue par Mantel qui attribue à la syphilis une part importante dans la production des hémoptysies du jeune âge.

En résumé, sa gravité habituelle et les constatations anatomiques permettent d'attribuer à l'hémoptysie du nourrisson une importance capitale dans le diagnostic d'une tuberculose cavitaire. Mais c'est un symptôme que l'on rencontre rarement.

Radiographie. — La radioscopie et la radiographie apportent au diagnostic des lésions cavitaires du premier âge un précieux appoint.

Les cavernes apparaissent le plus souvent avec une assez grande netteté à l'écran fluoroscopique. Mais les difficultés de l'examen, la mobilité des enfants, la nécessité de ne les soumettre qu'à une irradiation de

courte durée, enlèvent une partie de sa valeur à cette méthode d'exploration.

La radiographie est infiniment préférable ; la minceur du thorax, chez le nourrisson, la gracilité de son squelette, permettent d'obtenir avec une courte durée de pose d'excellents résultats.

MM. Ribadeau-Dumas et Albert Weill ont présenté récemment, à la Société de Pédiatrie et à la Société médicale des hôpitaux, plusieurs séries d'intéressantes radiographies dans lesquelles les lésions diverses de la tuberculose du nourrisson apparaissent avec une netteté remarquable.

Les cavernes, quand elles atteignent une certaine dimension, se détachent en clair sur le fond irrégulièrement sombre du poumon voisin ordinairement densifié, quelquefois parsemé de taches nodulaires ; elles forment une tache lumineuse, à contours précis, arrondis, de dimensions variables. Leur clarté n'est pas toujours la même lors de plusieurs examens successifs, leur plus ou moins grande opacité étant sans doute conditionnée par leur état de plus ou moins grande réplétion.

Mais la radiographie ne permet pas seulement d'affirmer la présence d'une caverne de dimensions suffisantes, et d'en fixer le siège, elle permet également parfois d'en étudier le développement et d'en suivre l'évolution.

M. Ribadeau-Dumas a bien voulu nous autoriser à reproduire les quatre clichés ci-contre concernant un nourrisson de six mois dont il a présenté récemment

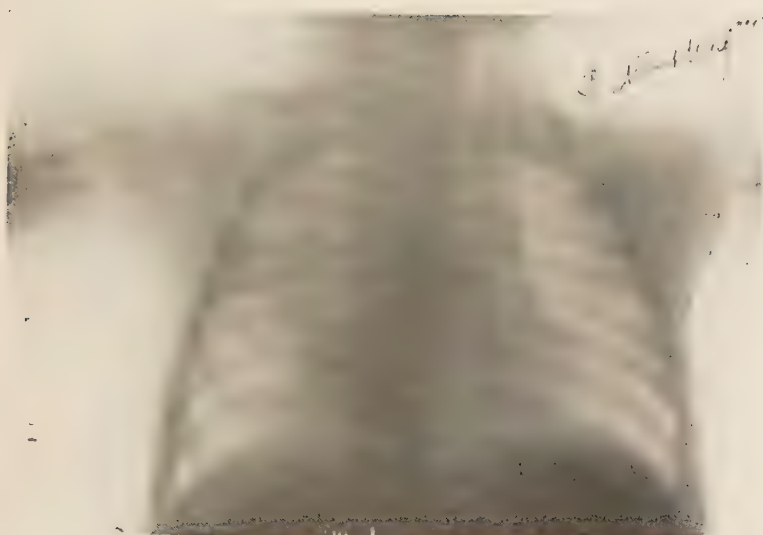


FIG. 1



FIG. 2

l'observation (1). On y peut voir, de façon nette, tout d'abord, dans les 2°, 3° et 4° espaces intercostaux, une ombre diffuse d'intensité inégale avec grosse adénopathie médiastine (fig. I), puis l'extension du processus d'infiltration et, au niveau des 2° et 3° espaces, l'apparition d'une tache claire de la dimension d'un haricot (fig. II). Sur la troisième radiographie, on constate la rapidité d'évolution des lésions, l'opacité étendue du poumon gauche; à la tache claire isolée du début se sont ajoutées neuf autres taches disposées les unes à côté des autres comme les alvéoles d'un gâteau de cire d'abeille (fig. III). Sur le quatrième cliché, les taches sont agrandies et plus nombreuses, elles sont un peu floues, cette diminution de clarté répondant sans doute à la présence de pus (fig. IV).

L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une énorme caverne occupant les 4/5 du lobe supérieur du poumon gauche, et formée par la confluence de logettes multiples, creusées aux dépens d'un bloc de pneumonie caséuse.

Chacune des radiographies avait été prise à une semaine d'intervalle, la dernière peu de temps avant le décès. Il s'agissait donc dans ce cas d'une excavation à marche particulièrement rapide.

De la confrontation de documents similaires en nombre suffisant pourront peut-être se dégager, au sujet de la durée d'évolution de l'ulcération tuberculeuse du poumon dans ses diverses formes, des données plus complètes.

1. Société méd. des hôp., 26 déc. 1913.

tes que celles fournies par la seule clinique. Cependant il est probable que des cavernules jeunes peuvent échapper à la radiographie, et celle-ci ne nous a pas encore fourni le critérium qui fait défaut à la clinique pour préciser la date du début de l'ulcération pulmonaire.

SIGNES GÉNÉRAUX

Les signes généraux qui viennent compléter la symptomatologie locale, si décevante, si réduite, que nous venons d'étudier brièvement sont intéressants à passer en revue. Si en effet ils ne permettent pas à eux seuls de différencier les formes ulcéreuses graves des formes banales de la tuberculose infantile, ils donnent cependant quelquefois au tableau clinique une allure clinique caractéristique.

La *fièvre* chez les nourrissons cavitaires est des plus inconstantes et des plus irrégulières ; fièvre élevée, oscillante ou en plateau, état subfébrile avec rémissions, fièvre à type inverse, tous les types peuvent indifféremment s'observer. Les fortes fièvres sont surtout le fait des poussées aiguës terminales, des épisodes méningés. La caverne du nourrisson ne paraît pas en elle-même une cause d'hyperthermie comme celle de l'adulte. La fièvre hectique du nourrisson caviaire n'existe pas. On trouvera au contraire dans nos observations des exemples remarquables de lésions ulcéreuses graves ayant évolué

sans fièvre : le plus typique est celui de l'enfant Cont... (obs. XXXVI) dont la courbe thermique s'écarte à peine cinq ou six fois de la normale pendant les deux mois de son séjour à l'hôpital et devient pendant les cinq semaines qui précèdent sa mort une ligne horizontale extraordinairement régulière à 37°. Nous savons que l'absence de fièvre est un fait assez banal chez le nourrisson tuberculeux, mais il est intéressant de la noter chez les jeunes cavitaires. Elle est un indice sans doute de la faiblesse chez eux de la réaction générale au processus tuberculeux, faiblesse dont témoigne encore l'absence possible ou le peu d'intensité des réactions à la tuberculine.

La réaction cutanée à la tuberculine (intra-dermo-réaction ou cuti-réaction) est, on le sait, parfois en défaut chez les enfants atteints de tuberculoses graves. Nous ne devons donc nous pas étonner d'avoir, dans nos observations, noté quelques cas d'intra-dermo-réactions négatives (obs. XXXI, XXXIII, XXXVI) ou très douteuses (obs. XXXV). L'absence simultanée de la réaction à la tuberculine et de la fièvre chez l'enfant qui fait l'objet de l'observation XXXVI fournit un bel exemple de ces formes de tuberculose d'allure torpide, graves par le défaut même des phénomènes de défense, qui ne sont pas exceptionnelles chez le nourrisson, en particulier dans les cas que nous étudions ici.

A côté de ces signes qui, on le voit, sont plutôt des éléments négatifs dans le diagnostic de la tuberculose cavaire du premier âge, nous devons insister particulièrement sur les symptômes très importants qui tra-

duisent au niveau du tube digestif l'atteinte générale de l'organisme par le processus tuberculeux.

Ces *symptômes digestifs* ont été bien étudiés par notre maître M. Barbier, qui leur a consacré diverses publications et une bonne partie de son enseignement clinique journalier. Leur groupement habituel permet de les considérer comme résultant essentiellement de l'insuffisance hépatique, ou mieux d'une insuffisance digestive multiglandulaire. Les nourrissons qui en sont atteints ont des selles irrégulières, traduisant la paresse d'un intestin qui ne stimule pas le travail normal de ses glandes propres et des glandes annexes ; de selles épaisses, massives, abondantes, peu colorées, d'apparence grasse, à odeur fade ou franchement putride ; l'épreuve de Triboulet montre la réaction de déficit biliaire ; l'analyse chimique révèle le défaut d'utilisation des graisses ; l'odeur putride fréquente des selles indique des fermentations pathologiques aux dépens des éléments albuminoïdes. Tous ces phénomènes décèlent un trouble profond de la fonction hépato-pancréatique.

La diarrhée d'ailleurs se substitue souvent, surtout dans les phases terminales, aux signes précédents. La cachexie est alors rapide.

L'*anémie* est la conséquence fatale de cette insuffisance digestive. Elle est intense et précoce dans tous les faits que nous rapportons. Elle est parfois prédominante au point de pouvoir constituer un type clinique ; la tuméfaction du foie et de la rate qui peut

l'accompagner est intéressante à signaler, mais elle est loin d'être habituelle.

L'aboutissant normal de ces symptômes graves est l'*atrophie tuberculeuse*. « Quelle que soit, dit M. Barbier, « la forme anatomique prédominante, tous ces petits « malades ont une physionomie commune qui, dans « ma pensée, doit faire songer chez eux à l'évolution « tuberculeuse : c'est l'*atrophie*, la constance des *troubles* « *dyspeptiques*, le caractère hépatique de ceux-ci, leur « résistance aux régimes les mieux compris ; puis, par « un enchaînement naturel, la sensibilité de ces malades « aux écarts de régime, à la mauvaise alimentation, en « particulier aux abus du lait de vache, ou même leur « anaphylaxie complète pour ce dernier. Qu'il s'y joigne « d'autres signes généraux ou fonctionnels, la micropo- « lyadénite, la splénomégalie, l'anémie, la fièvre, ces « signes ne font que confirmer un tableau que complè- « tent singulièrement la constatation plus facile d'une « adénopathie bronchique ou des signes, souvent peu « précis malheureusement, d'une localisation pulmo- « naire. »

EVOLUTION — FORMES CLINIQUES DIAGNOSTIC

Il est impossible de décrire un type schématique d'évolution de la tuberculose cavitaire du nourrisson. Celle-ci est essentiellement variable, comme l'est dans son ensemble la tuberculose de cet âge.

Le peu d'importance habituel des signes physiques, la variété des signes fonctionnels, l'allure souvent trompeuse des signes généraux rendent difficile toute appréciation sur la durée moyenne de chaque forme et sur les éléments de pronostic propres à chacune.

Dans le cycle complet de la tuberculose du nourrisson, il est une phase qui nous échappe de façon pour ainsi dire absolue : c'est la phase de contamination. La phase terminale au contraire est souvent bruyante : c'est la généralisation granulique plus ou moins intense et complète. Elle fait rarement défaut chez le nourrisson, elle est la terminaison habituelle des formes cavitaires. Mais il importe de considérer qu'elle ne constitue pas toute la maladie.

Entre cette poussée granulique terminale, plus ou moins bruyante, et la période de contamination plus

ou moins lointaine, se place une phase intéressante de la bacillose du nourrisson, c'est la phase de tuberculose latente, ou, si l'on préfère, de tuberculose méconnue. Avant de donner lieu aux manifestations locales ou générales bruyantes auxquelles on a parfois tendance à limiter son étude, la bacillose du nourrisson se manifeste ordinairement pendant un temps plus ou moins long par une symptomatologie discrète, imprécise, mais qu'on aurait tort de considérer comme négative.

C'est dans cette période que l'on peut observer des épisodes congestifs pulmonaires fugaces, des bronchites d'apparence banale, tantôt passagères, tantôt tenaces et récidivantes, des poussées fébriles sans cause apparente, des troubles digestifs, constipation, diarrhée, vomissements, variables en durée et en intensité, et même de petits épisodes méningés comme ceux qu'ont étudiés Barbier et Gougelet chez des enfants plus grands. Tous ces éléments constituent les manifestations polymorphes de *poussées évolutives* comparables, dans leur raccourci, à celles qui caractérisent la bacillose commune de l'adulte. Discrètes le plus souvent, elles demandent à être recherchées avec soin, chez tout nourrisson d'hérédité suspecte. Dans nos observations de tuberculoses ulcéreuses, d'évolution lente ou subaiguë dans un grand nombre de cas, on peut les retrouver sous des formes diverses.

En raison même de leur forme habituellement atténuée, en l'absence de tout critérium marquant la date exacte de l'invasion bacillaire, la durée d'évolution

propre à chaque cas, l'âge de la lésion ulcéreuse, sont impossibles à préciser de façon absolue. Ghon estime que deux mois sont nécessaires à la formation d'une lésion ulcéreuse ; nous avons rappelé que Ribadeau-Dumas a vu, sous le contrôle de la radiographie, une volumineuse caverne se constituer en cinq ou six semaines. Dans un certain nombre de nos observations la phase clinique a dépassé certainement ces limites dans des proportions qui varient de trois mois à un an ou plus.

Les *formes cliniques* de la tuberculose cavitaire du nourrisson pourraient être multipliées à l'infini ; nous ne mentionnerons que les plus caractéristiques. Il importe d'ailleurs de considérer que leur dénomination se rapporte beaucoup plus au mode de terminaison qu'elles représentent qu'à l'évolution d'ensemble de la maladie dans chaque cas. Nous les diviserons en formes aiguës ou subaiguës et en formes lentes, à symptomatologie pulmonaire ou à symptomatologie d'emprunt.

Formes aiguës ou subaiguës. — On en peut distinguer trois types principaux : la *pneumonie caséuse*, la *broncho-pneumonie caséuse*, la *forme médiastinale sans signes de localisation pulmonaire*. Nous n'insisterons pas sur la description de ces formes, dont on trouvera de nombreux exemples dans nos observations, et auxquelles l'intensité du processus ulcéreux pulmonaire confère le seul caractère, purement anatomique, qui les distingue des formes semblables observées chez le nourrisson non cavitaire.

Formes lentes. — Celles-ci sont beaucoup plus intéressantes. Elles peuvent être *pulmonaires* ou *extra-pulmonaires*. Parmi les premières nous distinguerons la *phtisie ulcéreuse du nourrisson* avec sa variante *hémoptoïque*; parmi les secondes la *forme digestive* et les *formes anémiques*.

On peut rencontrer chez le nourrisson, même très jeune, un type de tuberculose comparable à la *phtisie ulcéreuse* de l'adulte. Nos observations VII, XLVI, XLVII, en sont des exemples dont la netteté était certainement plus grande à l'examen clinique que dans des descriptions écrites. L'expectoration bacillaire, la toux épuisante du phtisique, les signes pulmonaires, la cachexie rendent saisissante l'analogie que peut compléter, nous l'avons vu, l'hémoptysie. La *forme hémoptoïque* peut d'ailleurs exister sans le cortège complet de la phtisie : elle est rare (obs. VII, XLIV ?)

La *forme digestive* et les *formes anémiques*, se complétant mutuellement, se combinant l'une à l'autre, participent quelquefois de l'une des précédentes ; elles sont cependant remarquables par la longue absence des phénomènes pulmonaires.

« Elles donnent, dit Barbier, l'illusion d'une maladie
« cachectisante, plus toxique qu'infectieuse. Les nour-
« rissons frappent l'observateur par leur aspect général
« misérable, par leur maigreur souvent squelettique,
« par leur pâleur. Leur poids est très au-dessous de la
« normale, leur croissance pondérale subit des oscilla-
« tions imprévues. Ils présentent des troubles dyspep-
« tiques à prédominance hépatique, d'une ténacité

« désespérante, et qu'aucun régime ne semble améliorer.
« caractérisés parfois par une anaphylaxie remarquable
« pour le lait de vache. De temps en temps, ils sont
« exposés à des poussées d'entérite glaireuse, pendant
« lesquelles ils font des chutes de poids formidables,
« de 60 grammes par jour et davantage..... C'est à ce
« tableau, très fréquent, qu'on peut donner le nom de
« *forme dyspeptique* ou d'*atrophie tuberculeuse*, dans
« laquelle on note quelquefois également l'hypertrophie
« du foie et de la rate (*type pseudo-leucémique*).

« Ces malades peuvent succomber aux formes aiguës
« de la tuberculose que nous venons de passer en revue
« et qui en sont le phénomène terminal, ou bien ils
« meurent du fait des progrès d'une cachexie contre
« laquelle tous les moyens de diététique habituels
« échouent. »

Les formes atrophiques sont souvent remarquables par l'absence de fièvre et de phénomènes généraux bruyants ; les réactions à la tuberculine sont faibles, quelquefois nulles. Notons enfin que ces formes peuvent être associées à l'hérédo-syphilis.

Le *diagnostic* des formes que nous venons de passer en revue comporte toutes les difficultés qui dérivent de la variabilité même de ces formes d'une part, du peu de précision des signes pulmonaires d'autre part.

A l'heure actuelle deux éléments permettent de l'établir avec quelque assurance, ce sont l'étude de l'expectoration (recherche des bacilles, hémoptysie) et la radiographie.

En dehors d'un résultat positif obtenu par l'un ou l'autre de ces procédés d'examen, la présence d'une caverne, même volumineuse, pourra rarement être affirmée.

DÉDUCTIONS PATHOGÉNIQUES ET PROPHYLACTIQUES

Les documents anatomiques et étiologiques que nous avons résumés nous ont permis de considérer les formes ulcéreuses graves de la tuberculose pulmonaire du nourrisson comme résultant d'une contagion que nous avons tout lieu d'attribuer, dans la majorité de nos cas, à l'inhalation de bacilles dont il est habituellement facile de retrouver le porteur dans le voisinage de l'enfant.

Nous avons noté d'autre part, la durée parfois relativement prolongée de l'évolution tuberculeuse au premier âge, procédant, comme chez l'adulte, par étapes, et marquant des temps d'arrêt, pendant lesquels la guérison, même chez des tout petits, n'est peut-être pas impossible.

Le fait qu'à cet âge l'organisme ait pu résister à d'énormes processus destructeurs du poumon, le fait que certaines cavernes même volumineuses aient pu sembler ébaucher un processus de guérison, rend cette hypothèse vraisemblable.

Voilà deux motifs de premier ordre pour insister de

nouveau sur la nécessité de soustraire, dès le plus jeune âge, l'enfant prédisposé à la contagion de son entourage.

Nous tirerons de cette étude une autre conclusion pratique. Victimes de la contagion, les petits cavitaires en sont à leur tour des agents d'autant plus dangereux qu'ils peuvent être longtemps insoupçonnés. Plus nombreux qu'on n'a l'habitude de croire, ils peuvent constituer dans leur entourage, mais surtout dans les crèches et dans toutes les agglomérations d'enfants, un danger réel que les médecins seraient coupables de ne pas combattre par tous les moyens en leur pouvoir.

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Hérédité tuberculeuse. Tuberculose généralisée à prédominance pulmonaire. Caverne de la base droite. Mort à 9 mois.*

Service du D^r Barbier. — Hérôld, 1905.

Herv... Raymond, 9 mois, entré à la crèche le 27 mars 1905 : fièvre, toux et oppression.

Né à terme, élevé au sein, pesait 3 kgr 500 à la naissance, pèse actuellement 6 kgr. 960.

Son père tousse et crache ; mère bien portante ; ont perdu un enfant, né avant terme et mort en bas âge à la suite de convulsions.

Bien portant jusqu'alors, l'enfant a commencé à tousser il y a quinze jours ; en même temps apparaissent fièvre et dyspnée légère.

Ces symptômes restent d'abord stationnaires puis, après une semaine, augmentent notablement d'intensité : l'enfant est abattu, très dyspnéique, tousse fortement, tette difficilement ; légère diarrhée.

Ces symptômes persistent le 28 mars. On note en outre de la submatité du sommet droit en arrière et de la base droite, du retentissement du cri, un souffle léger, quelques râles sous-

crépitants au sommet droit et dans l'aisselle ; la respiration est soufflante à la base.

L'enfant est très oppressé, tirage sus et sous-sternal. Il a eu dans la matinée un accès de suffocation, et des convulsions.

L'état général s'aggrave très rapidement et l'enfant meurt par asphyxie, dans un accès de suffocation, dans la soirée.

AUTOPSIE le 30 mars.

Gros ganglions caséux au niveau du hile droit, s'enfonçant jusqu'à la bifurcation des bronches de deuxième ordre.

Dans les deux poumons, tubercules disséminés et nombreux de la grosseur de petites lentilles ; grosses granulations sous-pleurales.

A droite, outre des lésions de broncho-pneumonie caséuse, plus accentuées, *grosse caverne de la base*, du volume d'une *petite noix*. Dégénérescence graisseuse du foie. Granulie splénique sous-capsulaire. Quelques granulations rénales. Pas de granulations péritonéales.

**Obs. II. — Bronchopneumonie cavernuleuse
chez un nourrisson de 14 mois.**

Service du Dr Barbier. — Hérold, 1906, n° 38, garçons.

Perr... André, 14 mois. Enfant sans hérédité connue, nourrie au sein, ayant eu une bronchite à l'âge de 3 mois, malade depuis un mois, entre à l'hôpital avec une bronchite généralisée.

Pendant son séjour à l'hôpital, bronchite avec foyers congestifs disséminés, troubles intestinaux, puis aggravation et mort avec symptômes broncho-pneumoniques.

A L'AUTOPSIE :

Broncho-pneumonie tuberculeuse très étendue, surtout à droite où elle prend la forme *cavernuleuse*.

Grosse adénopathie trachéo-bronchique caséuse, plus accentuée à droite.

Tubercules spléniques.

Ganglions mésentériques augmentés de volume, non caséux.

Obs. III. — *Troubles digestifs et atrophie. Broncho-pneumonie tuberculeuse avec poussée granulique terminale. Fonte cavitaire des foyers broncho-pneumoniques. Mort à 7 mois et demi.*

Service du Dr Barbier. — Hérold, 1905, filles, n° 40.

Deb... Georgette, 6 mois 1/2, entrée le 13 février 1905 : Suralimentation au lait de vache, troubles digestifs, érythème fessier.

Née à terme de parents bien portants, élevée au lait stérilisé.

Arrêt de croissance il y a deux mois, puis amaigrissement.

Poids 4 k. 340.

Enfant chétive, à chairs flasques, à peau ridée, rachitique.

Erythème papulo-érosif. Cicatrices d'abcès cutanés à la région angulo-maxillaire gauche.

Coryza.

Bronchite légère.

Mauvais état digestif : selles vertes, glaireuses, fétides, abondantes. Gros foie.

17 février. — Mauvais état digestif.

Foyers broncho-pneumoniques (souffle, râles sous-crépitaux)

retentissement du cri) aux deux sommets et à la base droite. Râles de bronchite disséminés.

26 février. — Persistance des mêmes signes pulmonaires râles humides en foyers et râles de bronchite disséminés.

Mauvaises selles. Abscès cutanés multiples.

4 mars. — Au sommet droit en avant et en arrière (fosses sus et sous-épineuses). Souffle inspiratoire et expiratoire, retentissement du cri, râles sous-crépitaux.

A la base gauche petit foyer : souffle, râles, retentissement du cri.

Le souffle du sommet droit se propage jusqu'à la région hilare. Râles de bronchite disséminés.

Persistance du mauvais état digestif : selles épaisses, pâteuses, fétides.

13 mars. — Apparition de convulsions. Collapsus. Dyspnée violente. Mort rapide en hyperthermie (41° 8) : probablement septicémie tuberculeuse ou banale suraiguë. Pendant le séjour à l'hôpital le poids de l'enfant est tombé de 4 k. 340 à 3 k. 360. La température a oscillé irrégulièrement au voisinage de 38°.

AUTOPSIE. — Poumon droit. Pleurite adhésive très étendue, surtout marquée à la base en avant et à la face médiastinale du poumon.

Aux lobes supérieur et moyen, résistance au doigt, très nombreux tubercules miliaires, quelques-uns ramollis.

A la partie inférieure et au centre du lobe supérieur, immédiatement au-dessus de la scissure, caverne du volume d'une noix, remplie de pus ; à son voisinage 3 petites cavernules, au centre d'un gros foyer de broncho-pneumonie caséuse avec ramifications en chou-fleur.

Foyer congestif avec lésions tuberculeuses moins avancées au lobe inférieur.

Poumon gauche. — Tubercules conglomérés assez nombreux au sommet, granulations disséminées avec congestion dans tout le poumon.

Ganglions. — Volumineux et congestionnés, surtout à droite. Ganglions caséux prétrachéo-bronchiques droits.

Cœur. — Etat œdémateux des valves mitrales. Thrombose du cœur droit, paraissant récente.

Foie. — Gros, gorgé de sang.

Reins. — Gros et mous, paraissant dégénérés, quelques granulations à la coupe.

Rate. — Quelques tubercules.

Péritoine criblé de granulations plus ou moins confluentes, surtout nombreuses dans l'étage sus-méso-côlique et au niveau des séreuses péri-viscérales du foie et de la rate.

Ganglions mésentériques hypertrophiés, non caséux.

Obs. IV. — *Hérédité bacillaire. Tuberculose latente. Granulie terminale. Caverne du sommet droit. Age au décès : 9 mois.*

Service du Dr Barbier. — Hérold, garçons, n° 80, 1905.

Dec., Paul, 8 mois, entre à Hérold le 3 mai 1905 parce qu'il tousse.

Peu de renseignements sur son passé pathologique. Mère morte tuberculeuse.

Quelques râles de bronchite dans les deux poumons. Pas de matité à la percussion.

Constipation opiniâtre. Bon aspect général. Poids 6 k. 590.

Le 9 mai, on note au sommet droit une diminution de la sonorité avec inspiration soufflante, expiration prolongée et soufflante.

Le 12 mai, accentuation des signes congestifs du sommet droit.

A cette date, apparition des premiers symptômes d'une méningite tuberculeuse à laquelle l'enfant succombe le 29 mai.

AUTOPSIE. — Poumon droit. Au sommet caverne du volume d'une grosse cerise remplie d'un pus crémeux sans odeur. Dans le reste du poumon îlots congestifs très accentués et tubercules disséminés.

Poumon gauche. — Sommet congestionné, résistant au toucher, densifié. Base d'apparence saine, souple au toucher, de densité normale.

Plèvres. — Ni épanchement, ni adhérence.

Cœur. — Tuméfaction oedémateuse des valvules antiques.

Pas de péricardite.

Encéphale. — Hypertension ventriculaire. Vascularisation intense de la base. Nombreuses granulations pie-mériennes très petites.

Granulations disséminées dans le foie et la rate.

Péritoine épaissi, parsemé de granulation, surtout nombreuses à la face convexe du foie et sous le diaphragme. Pas d'ascite.

Obs. V. — *Bronchite avec expectoration bacillaire, chez un enfant de 18 mois. Phtisie ulcéreuse probable*

Service du Dr Barbier. — Hérold, 1905, garçons, n° 96.

Dec... Henri, 18 mois.

Père tuberculeux.

Bronchite durant depuis plusieurs mois.

Séjourne trois semaines à l'hôpital :

Bronchite de tout le poumon gauche et du sommet droit, fièvre, cachexie.

Bacilles de Koch très abondants dans les crachats.

Repris par ses parents en état grave.

Obs VI. — *Tuberculose pulmonaire et médiastine méconnue. Mort à 7 mois. Granulie généralisée. Foyer pulmonaire ancien excavé.*

Service du Dr Barbier. — Hérold, 1905. Crèche n° 20.

Mar... Fernand, 7 mois, nourri trois mois au sein puis à l'allaitement mixte, amené à l'hôpital pour troubles digestifs et vomissements fréquents. Pas d'hérédité.

Apparition rapide de signes méningés et mort neuf jours après l'admission.

A l'autopsie. — Granulie méningée et généralisée. Granulie des deux poumons avec nodule plus ancien au tiers inférieur du lobe supérieur droit (foyer caséux excavé gros comme une noisette et présentant à sa périphérie un semis de tubercules jaunes en évolution notablement plus avancées que les granulations disséminées dans le reste des poumons.

Gros ganglions trachéo-bronchiques caséux.

Obs. VII. — *Hérédité tuberculeuse. Phtisie cavitaire hémoptoïque. Mort à un an et demi. Sans autopsie.*

Service du Dr Barbier. — Hérold, 1906, n° 105.

Conn... Louise, amenée à Hérold à l'âge de 18 mois parce qu'elle tousse et maigrit.

Mère tuberculeuse. Père inconnu. L'enfant a été mise en nourrice dès sa naissance, mais l'observation ne nous dit pas si elle a été par la suite en contact avec sa mère, morte il y a deux mois. Elle a, à ce moment, été recueillie par une sœur de sa mère ; dès cette époque l'enfant était très maigre, toussait, avait fréquemment de la diarrhée. Depuis lors, son état s'est aggravé ; l'appétit cependant est resté bon.

Le 20 juin 1906, jour de son admission, son poids est de 6 k. 700.

Aspect minable, cachectique.

Ventre gros, légèrement tendu ; petite hernie ombilicale.

Facies pâle, yeux éteints, excavés.

Micropolyadénopathie (inguinale, axillaire, cervicale).

Râles humides disséminés dans les deux poumons.

Souffle léger aux deux sommets. Sonorité normale à la percussion (?). Toux grasse, fréquente, par petites quintes.

Température 39°.

25 juin. — Perte de l'appétit.

Quelques vomissements.

Apparition d'œdème malléolaire.

Fièvre irrégulière, entre 38° et 39°.

Les signes pulmonaires prennent le type nettement cavitaire (souffle et gargouillement). L'aspect de l'enfant est celui d'une

véritable phthisique ; le diagnostic de tuberculose est confirmé par l'apparition de deux petites *hémoptysies* (Examen bactériologique non fait).

L'enfant meurt le 29 juin de cachexie progressive.

Autopsie non faite.

Obs. VIII. — *Bronchopneumonie tuberculeuse cavernuleuse diffuse du poumon gauche. Tuberculose moins avancée du poumon droit. Bacillose en évolution apparente depuis l'âge de 14 mois ; décès à 20 mois.*

Service du Dr Barbier. — Hérold, 1906, 163.

Denam... Armande, 19 mois, entrée le 29 octobre 1906, salle Gübler.

Née à terme de parents bien portants ayant eu deux autres enfants bien portants. Nourrie au sein jusqu'à 15 mois. A 13 mois convulsions de cause non élucidée ; à 14 mois troubles digestifs soignés à l'hôpital Hérold (salle G. de Mussy). Depuis cette date, persistance de la diarrhée et du mauvais état général.

Depuis cette époque également (depuis l'âge de 14 mois) l'enfant tousse sans cesse, transpire la nuit, dort peu, a beaucoup maigri ; se plaint souvent de la tête.

Pas de vomissements ni de convulsions.

A l'entrée à l'hôpital : enfant rachitique, très amaigri.

Dyspnéique, cyanosée.

Examen pulmonaire : Souffle à timbre aigre au sommet gauche avec râles humides nombreux disséminés (bruit de friture).

Mêmes signes à la base, moins nets à la partie moyenne.

Quelques râles humides et râles de bronchite au poumon droit.

Ventre pâteux, mou, flasque, légèrement douloureux à la palpation.

Selles fétides, épaisses, glaireuses. Température 39°.

4 novembre. — Les signes pulmonaires ont persisté en s'accroissant.

Cyanose intense, température oscillante (38° 5 à 40°).

Selles fétides, glaireuses.

Décès le 8 novembre.

AUTOPSIE le 10 nov.

Poumon droit farci de granulations dans toute sa hauteur.

Poumon gauche creusé de très nombreuses cavernules, transformé en véritable tissu spongieux; pus abondant, non fétide; 2 cavernes assez volumineuses occupent la base et le sommet.

Cœur. — Epanchement péricardique assez abondant, séreux.

Obs. IX. — *Hérédité tuberculeuse et peut-être syphilitique. Troubles dyspeptiques de longue durée. Mort à un an. Caverne du lobe supérieur du poumon gauche.*

Service du Dr Barbier. — Héroid, 1906, n° 174.

Mong... Marguerite, 8 mois, admise le 7 nov. 1906 pour troubles intestinaux.

Née à terme, nourrie un mois au sein, puis au biberon. Diarrhée fréquente, parfois sanguinolente depuis le début de l'allaitement artificiel, plus accentuée depuis quelques jours.

Hérédité tuberculeuse (mère), père bien portant.

Dix autres enfants, dont 5 morts en bas âge.

En plus de cette polynatalité avec polyléthalité, quelques stigmates notés chez l'enfant font songer à l'hérédosyphilis : bosses frontales et pariétales très développées, nez effondré.

L'enfant est très émacié, il pèse 5 k. 520; masses musculaires très réduites.

Selles diarrhéiques, glaireuses, très colorées en vert.

Examen pulmonaire absolument négatif à l'admission.

Pendant son long séjour à l'hôpital (3 mois 1/2) les troubles digestifs persistent, avec alternatives de diarrhée glaireuse et de constipation avec selles pâteuses, toujours fétides et mal digérés. Gros ventre flasque. Ni gros foie, ni grosse rate.

Poids d'abord stationnaire, puis chute de poids (fin déc. 1906) à 4 k. 950.

A cette époque (fin déc. 1906) on note des signes congestifs du sommet du poumon *droit* (matité et souffle expiratoire).

Puis l'enfant contracte la diphtérie (31 déc.) et une otite avec paralysie faciale droite.

En janvier 1907 infection cutanée rebelle avec abcès du cuir chevelu, mauvais état général.

Poids stationnaire (maximum 5 k. 300).

Fin janvier. — Amélioration de l'état général, de l'état digestif et des infections cutanées ; Persistance des signes pulmonaires.

30 janvier. — Les selles sont brunes ; cependant, nouvelle chute de poids.

Aux poumons : matité du sommet gauche en avant ; matité légère du sommet droit.

15 février. — Reprise de l'infection cutanée et des troubles digestifs. Mauvais appétit.

Submatité du poumon gauche avec râles de bronchite disséminés.

L'état général s'altère rapidement, les râles de bronchite augmentent, l'infection de la peau et du cuir chevelu s'aggrave et s'étend. L'enfant meurt le 25 février 1907.

Evolution presque apyrétique jusqu'à fin décembre, puis fièvre irrégulière, d'abord légère (38°), puis à 39° (fin janvier), finalement à type oscillant (38°5 à 40°) du 8 au 25 février.

AUTOPSIE, 27 février 1907.

Symphyse pleurale du poumon gauche au sommet, en haut et en dehors. Adhérences du péricarde au lobe inférieur du poumon gauche en avant. Médiastinite calleuse.

Quelques petits *ganglions* à droite de la trachée. Le groupe *juxta-trachéobronchique gauche* est très hypertrophié : quatre ganglions, dont l'un très volumineux, montent le long du bord gauche de la trachée, se confondent avec la chaîne du récurrent et englobent le nerf. Gros ganglions intertrachéobronchiques. Amas ganglionnaires assez volumineux au niveau même de hile gauche.

Poumons, très congestionnés, indurés, résistants à la coupe, surtout dans leurs lobes supérieurs.

Au poumon gauche, granulations sous-pleurales surtout nombreuses dans l'interlobe. *A la coupe*, vaste caverne (du vol. d'une petite noix) du lobe supérieur, remplie de pus, aux bords déchiquetés et anfractueux, sans communication apparente avec la bronche. Tout autour, dans le reste du lobe, zone de tissu splénisé.

Au poumon droit, foyer de splénisation au sommet.

Aux deux bases congestion sans condensation du parenchyme.

Foie jaune, dégénérescence graisseuse.

Nombreux tubercules saillants à la surface de la rate.

Au cœur, endocardite marginale de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Obs. X. — *Hérédité tuberculeuse. Atrophie. Cachexie progressive. Mort à 6 mois. Caverne du lobe moyen du poumon droit.*

Service du Dr Barbier. — Hérold, 1906, n° 209.

Simon... Blanche, 4 mois, entrée à Gübler le 21 décembre 1906 pour amaigrissement progressif et toux.

Née à terme, pesait 3 kgr. 500; nourrie quelques jours au sein; la mère malade entre avec son enfant à l'hôpital Tenon, où l'enfant est mise au biberon. De Tenon elle est envoyée à Hérold, parce qu'elle tousse continuellement, a eu plusieurs poussées d'entérite, et dépérit.

Le père de l'enfant est bien portant; sa mère est manifestement tuberculeuse. Trois autres enfants sont bien portants.

21 décembre. — Poids de l'enfant 3 kgr. 250.

Selles fétides, épaisses. Constipation.

Difficulté à prendre le biberon.

Vomissements fréquents.

Ventre volumineux et dur. Foie un peu gros.

Érythème fessier.

Aux poumons, on note seulement un léger souffle du sommet droit (fosse sus-épineuse). Pas de fièvre.

Le 28 décembre. — Bronchite généralisée. Température 38°. Selles bonnes. Quelques vomissements. Amaigrissement.

8 janvier 1907. — Dépérissement rapide. Poids 2 kgr. 900. Matité du sommet droit en avant et en arrière; retentissement du cri; souffle respiratoire.

Température presque normale (37° à 37°4).

23 janvier. — Cachexie progressive. Poids 2 kgr. 650.

¶ Au poumon : matité du sommet droit et dans une zone assez étendue en arrière, avec souffle et râles fins.

L'enfant meurt le 29 janvier, sans avoir présenté en somme d'autres symptômes d'évolution de son affection qu'une atrophie progressive et ayant atteint un degré extrême.

La température n'a pas dépassé 38° et s'est maintenue le plus souvent au voisinage de 37°.

AUTOPSIE le 30 janvier 1907.

Gros ganglions trachéo-bronchiques droits ; cinq ou six d'entre eux sont caséux : Ganglions interbronchiques et intertrachéo-bronchiques gros comme des noisettes, ganglions du groupe bronchique droit atteignant les deuxième et troisième ramifications bronchiques (gros comme des lentilles).

Poumon droit. — *Lobe supérieur*, congestion avec granulations grises et jaunes abondantes ; à *la partie inférieure* du lobe, *petits foyers caséux ramollis*.

Lobe moyen complètement hépatisé ; adhérences pleurales. Au milieu du lobe : *caverne* du volume d'une noisette.

Lobe inférieur farci de granulations avec lésions de splénisation.

Poumon gauche. — *Lobe supérieur* farci de granulations.

Lobe inférieur : même aspect, foyer d'hépatisation.

Cœur. — Petites végétations sur le bord libre de la mitrale.

Obs. XI. — *Tuberculose pulmonaire et médiastine d'évolution ancienne. Hérité tuberculeuse. Mort par méningite à 14 mois. Bronchopneumonie caséuse exavée du poumon gauche.*

Service du Dr Barbier. — Hérold, 1907, crèche, n° 12.

Doill... Charles, 14 mois, admis le 5 mars pour une méningite tuberculeuse à laquelle il succombe le 11 mars 1907.

Père tuberculeux alcoolique ; la mère toussé un peu, mais paraît assez robuste (un autre enfant mort en bas âge, une fausse couche).

Enfant né à terme, au sein jusqu'à 6 mois ; bronchites fréquentes. Otite moyenne.

Depuis quelques jours, vomissements, fièvre ; symptômes méningés plus accentués depuis le 4 mars. Température à l'entrée 37°9.

Le 9 mars on note à l'auscultation du poumon :

De la matité du sommet droit avec retentissement du cri.

De la matité de la base droite ; quelques sous-crépitations aux deux bases. Température 38.

Mort *le 11 mars* dans une crise de convulsions.

AUTOPSIE 13 mars 1907.

Gros thymus.

Gros paquet ganglionnaire cervico-thoracique, les ganglions trachéobronchiques et les chaînes carotidiennes sont englobés dans une gangue de tissu lardacé très dense (médiastinite chronique). Quelques-uns sont durs, scléreux à la coupe. Les ganglions du hile gauche sont caséifiés et ramollis.

Poumon gauche. — Granulations sous-pleurales, un tubercule plus volumineux dans le fond de la scissure.

A la coupe du lobe supérieur, infiltration caséuse diffuse avec foyer scléreux paraissant ancien au sommet.

Au lobe inférieur. — Gros foyer de bronchopneumonie caséuse occupant la base du poumon ; à la partie supérieure du lobe, au voisinage du hile, foyer caséux excavé.

Poumon droit. — Granulations disséminées avec quelques zones de splénisation sous-corticales et des zones d'emphysème.

Dégénérescence graisseuse du foie.

Méningite tuberculeuse de la base et de la convexité.

Obs. XII. — *Hérédité tuberculeuse et alcoolique. Mort par méningite à un an. Tuberculose généralisée avec graves lésions ganglionnaires et lésion pulmonaire ancienne largement excavée (lobe supérieur droit).*

Service du Dr Barbier. — Hérold, 1907, n° 131, Jules Simon.

Sib... Jeanne, âgée d'un an, entrée le 9 décembre 1907 pour des convulsions.

Enfant née à terme, nourrie au sein, jusqu'à la mort de sa mère, survenue il y a un mois. En plus du sein l'enfant prenait souvent du vin, de la viande et tous les aliments servant à la nourriture des parents. Convulsions fréquentes depuis la naissance. Le père est tuberculeux, alcoolique ; la mère morte de tuberculose.

L'examen de l'enfant montre les signes non douteux d'une méningite tuberculeuse, confirmée par la ponction lombaire, et à laquelle elle succombe le 18 décembre. A aucun moment l'attention n'a été attirée par des signes pulmonaires.

AUTOPSIE 19 décembre 1907.

Lésions de méningite tuberculeuse très étendues et paraissant relativement anciennes, infiltrant profondément les sillons de la base et de la convexité. Épaississements méningés très marqués et granulations jeunes avec exsudats récents.

Aux poumons. — A droite granulations très nombreuses. A la partie antérieure et inférieure du lobe supérieur, caverne du volume d'une grosse noix remplie de pus ; plèvre très adhérente à ce niveau.

Aux lobes inférieur et moyen, foyers de splénisation surtout corticaux, d'une coloration foncée sur le fond de laquelle tranchent les granulations grises nombreuses.

A gauche, splénisation moins accentuée, quelques zones simplement, congestives, granulations moins nombreuses.

Ganglions trachéo-bronchiques très volumineux, quelques-uns caséeux.

Ganglions mésentériques également volumineux et caséeux. On ne trouve ni ulcérations ni granulations intestinales.

Foie. — Granulations sous-capsulaires et intra-hépatiques ; quelques tubercules conglomérés, déjà caséeux.

Dégénérescence graisseuse partielle.

Cœur. — Plaques lactescentes de péricardite au voisinage de la pointe. Valvule mitrale légèrement œdématiée à sa partie antérieure.

Rate. — Granulations nombreuses.

Obs. XIII. — *Atrophie considérable. Hépatosplénomégalie. Ictère. Mort à 2 ans. Caverne du sommet droit; tuberculose pulmonaire et médiastinale, granulie hépato-splénique.*

Service du D^r Barbier. — Hérold, 1908, J. S., n° 29.

L... Henri, 2 ans, entré le 8 février 1908.

Sans hérédité tuberculeuse apparente. Rachitique, retard de développement considérable. (Poids 5 k. 950, l'enfant aurait pesé 4 k. 250 à la naissance.) Soupçons d'hérédo-syphilis : papules suspectes sur le tronc, cicatrices douteuses aux cuisses, érosion suspecte du pavillon de l'oreille ; déformations squelettiques. Spléno-hépatomégalie et ictère avec décoloration des matières apparu récemment après une période de troubles digestifs qui dure depuis trois mois.

Polymicroadénopathie axillaire, cervicale, inguinale.

Aux poumons. — Matité, diminution de murmure vésiculaire, souffle expiratoire dans la fosse sous-claviculaire droite.

Matité des fosses sus et sous-épineuses et de la région hilaire à droite.

Retentissement du cri et souffle à timbre grave, tubaire.

Par ailleurs, tous les signes d'un ictère par rétention. Température 38°.

A maigrissement rapide. Mort le 12 février.

Autopsie. — 14 février 1908.

Foie. — Dégénérescence graisseuse ; semis blanchâtre de granulations tuberculeuses, très nombreuses.

Rate. — Granulations sous-capsulaires et intra-parenchymateuses.

Péricarde. — Distendu par liquide louche, puriforme et teinté de bile.

Ganglions trachéo-bronchiques en masse volumineuse masquant l'origine des gros vaisseaux englobés dans une gangue fibro-adipeuse, surtout adhérente à droite ; un de ces ganglions est ramolli ; d'autres sont caséeux, mais non ramollis.

Le *poumon droit* adhère fortement à la plèvre pariétale.

Au *sommet*, caverne du volume d'une amande avec infiltration granulique à sa périphérie.

Dans le reste des poumons tubercules crus disséminés, gros comme des pois.

Ganglions mésentériques paraissent normaux.

Obs. XIV. — *Hérédo-syphilitique, âgée de 16 mois. Tuberculose caséuse du médiastin et du poumon droit. Mort avec hyperthermie énorme ; association probable de septicémie banale Caverne ganglionnaire du hile droit.*

Service du Dr Barbier. — Hérold, 1908, n° 43, J. S.

Frid... Andrée, 16 mois, entrée le 2 mars 1908 pour œdème des mains et troubles digestifs.

Née à terme, au biberon jusqu'à 14 mois, puis abandonnée par sa mère.

Stigmates d'hérédo-syphilis : nez écrasé, retard de la dentition, microodontisme, hyperostose sous-périostée en verre de montre à la face antéro-interne du tibia droit ; fissures des commissures labiales. Ostéo-périostite hypertrophiante des troisième et quatrième métacarpiens de chaque côté, accompagnée de gonflement et de dilatations vasculaires ; légère douleur à la pres-

sion. Spina ventosa de la première phalange des deux annulaires (tuberculose ou syphilis ?) Rachitisme accentué.

Mauvais état digestif. Selles dures, fétides.

Très gros foie. Grosse rate.

Température à l'entrée 37°. Poids 8 kgr. 950.

État stationnaire pendant une semaine.

Élévation thermique à 39° le 8 mars au matin, à 40° le 8 au soir, à 41° le 9 mars. Quelques vomissements.

Le 10 mars. — Temp. 40°6; foyer broncho-pneumonique à la base droite.

13 mars. — Temp. 41°. Submatité de la base droite, gros souffle et nombreux râles; submatité et retentissement du cri à la partie moyenne du poumon droit.

Mauvais état digestif : selles acholiques.

18 mars. — Les foyers broncho-pneumoniques gagnent la partie supérieure du poumon droit, atteignant presque le sommet; nombreux râles à la base, souffle à ce niveau.

Température constamment à 41°, ayant atteint le 14 mars un maximum de 41°8.

Dans la soirée apparition de convulsions suivies de coma. L'enfant succombe le 19 au matin.

AUTOPSIE le 20 mars 1908.

Volumineux *ganglions trachéo-bronchiques*, du volume d'une noisette à celui d'une grosse noix; les plus gros appartiennent au groupe prétrachéobronchique droit. Certains d'entre eux présentent une coque fibreuse très épaisse et un noyau central caséeux très petit; l'un d'eux forme une *énorme masse ramollie ouverte dans une bronche*.

Poumon droit. — Caverne s'enfonçant dans le lobe moyen au niveau du hile et qui n'est autre que le gros ganglion noté ci-dessus ouvert dans une grosse bronche.

Dans les 3 lobes, aspect de poumon splénisé, portant sur son fond rougeâtre de nombreux points jaunâtres du volume d'un grain mil à celui d'un pois (tubercules caséeux) ; bronches dilatées laissant sourdre du pus en abondance.

Au poumon gauche congestion de la base.

Cœur normal.

Foie de coloration rosée avec des zones plus jaunes de dégénérescence graisseuse (confirmée par l'examen histologique, absence de follicules tuberculeux). Le foie est volumineux, pesant 405 grammes.

Rate. — Péricapnite légère, pas de granulations à la coupe.

Obs. XV. — *Cachexie tuberculeuse. Destruction cavitaire du sommet du poumon gauche. Tuberculose caséeuse du médiastin, abcès froids multiples. Mort à un an.*

Service du Dr Barbier. — Hérolde, 1908, n° 56, J. S.

Saul. . Roger, un an, entré le 27 mars 1908 ; rachitisme très accentué, abcès froids, infection bronchique et rhinopharyngée.

Né à terme, de parents paraissant sains, élevé au biberon en nourrice jusqu'à 10 mois. Bien portant jusqu'à 7 mois ; a commencé à maigrir à cette époque, en même temps qu'apparaissaient les déformations osseuses et les abcès froids. Pesait 3 kgr. 250 à la naissance, pèse à un an 5 kgr. 700.

Enfant très pâle, cachectique, à peau amincie et ridée, anémié. Petits ganglions axillaires et cervicaux durs, roulant sous le doigt. Rachitisme très accentué. Nombreuses petits tumeurs molles ou rénitentes, fluctuantes, du volume d'un pois à celui

d'une noix, à la pointe de l'omoplate gauche, à la face dorsale de l'avant-bras droit, au bord cubital du métacarpe droit, à la face postéro-interne de la cuisse droite, à la face antérieure de la cuisse gauche, à la malléole externe gauche. L'examen du pus retiré d'un de ces abcès montre la présence de quelques bacilles de Koch. Au deuxième orteil droit, abcès froid ulcéré ossifluent typique.

Infection rhinopharyngée avec coryza muco-purulent.

Toux légère, peu fréquente.

Examen pulmonaire négatif.

Température 37°8. Enfant très agité.

30 mars. — Fièvre 38°.

Selles grumeleuses, mal digérées.

Enfant très agité.

31 mars. — Agitation très marquée. Apparition de strabisme convergent.

Dyspnée. 80 respirations par minute.

Toux sèche.

Au sommet du poumon gauche : *submatité* à la percussion et petit souffle. Température 39°.

Mort dans la nuit après élévation thermique à 41°.

AUTOPSIE, 2 avril 1908.

Le sommet gauche adhère fortement à la paroi, d'où on ne peut le détacher qu'en le déchirant, et en mettant à nu de petites excavations de la taille d'un pois, très nombreuses dans tout le sommet. Les autres lobes sont le siège de foyers caséeux multiples plus ou moins ramollis.

Au poumon droit, lésions congestives simples sans tuberculose apparente.

Nombreux ganglions trachéo-bronchiques, la plupart caséifiés ; l'un d'eux complètement ramolli forme au-devant de la trachée un véritable abcès d'où s'écoule en abondance du pus tuberculeux

Foie gros, jaunâtre, mou à la coupe, luisant.

Rate, reins, péritoine normaux.

Obs. XVI. — *Caverne isolée du lobe inférieur du poumon droit, probablement par fonte silencieuse du foyer primitif. Grosse adénopathie médiastinale. Hérité tuberculeuse. Mort à 4 mois et demi.*

Service du Dr Barbier. — Hérôld, 1908, n° 163, J. S.

Perr... Emmanuel, 4 mois, admis le 9 novembre parce qu'il tousse.

Père bronchitique, en traitement à Tenon ; mère en apparence bien portante, ayant eu onze enfants, dont six sont morts de méningite.

Enfant élevé au biberon, peu développé. Poids 4 kgr. 600.

Depuis six jours tousse beaucoup et maigrit.

Râles de bronchite généralisée dans les deux poumons. Souffle doux expiratoire au niveau du hile à gauche.

Selles diarrhéiques, non fétides ni glaireuses. Température 38°.

13 novembre. — Température 38°5. Mauvais état digestif.

Dyspnée intense. 45 pulsations par minute.

Mêmes signes pulmonaires.

20 novembre. — Température 39°5. Mauvaises selles. Poids 4 kgr. 250.

Toux quinteuse. Foyer de souffle avec râles sous-crépitaux au sommet droit, et vers le hile. Submatité au même niveau.

Râles de bronchite à gauche.

Mort le 21 novembre.

AUTOPSIE le 23 novembre 1908.

Thymus légèrement hypertrophié.

Gros *ganglions* prétrachéobronchiques droits (du volume d'une noisette). Ganglions prétrachéobronchiques gauches également tuméfiés.

Les ganglions interbronchiques surtout sont énormes. La bronche droite est complètement englobée dans des masses ganglionnaires caséuses ramollies.

Poumon droit. — Adhérences des scissures interlobaires.

Granulations sous-pleurales. A la *partie supérieure du lobe inférieur* du poumon droit: *caverne* du volume d'une grosse cerise, sans communication visible avec les bronches; cette caverne est *sous-pleurale*, très superficielle, bombant sous le feuillet viscéral et menaçant de se rompre.

Forte congestion pulmonaire à la périphérie.

Pas de tuberculose apparente au *poumon gauche*.

Foie. — Légère dégénérescence graisseuse. Quelques granulations disséminées, très petites.

Pas de tuberculose apparente dans les autres viscères.

Obs. XVII. — *Hérédité tuberculeuse chargée. Mort à 5 mois. Cavernes multiples dans un bloc de pneumonie caséuse à évolution subaiguë.*

Service du Dr Barbier. — Hérold, 1908, n° 176.

Van H., Madeleine, 2 mois, entrée le 2 décembre 1908: toux et vomissements.

Hérédité tuberculeuse très chargée. Mère morte une semaine

auparavant de tuberculose pulmonaire ; le père tousse un peu. Grands-parents maternels morts tous deux de tuberculose.

Née à terme, élevée au biberon, tousse depuis une semaine et vomit tout ce qu'elle prend. Diarrhée abondante, verdâtre.

Poids à l'entrée 3 kgr. 250. Température 38°.

Examen pulmonaire :

Au sommet droit expiration légèrement soufflante, retentissement du cri.

Au poumon gauche, submatité légère du sommet ; retentissement aigu du cri surtout à la partie moyenne. Râles sous-crépitants dans tout le poumon.

15 décembre. — Enfant plus dyspnéique, cyanosée.

A l'auscultation souffle hilaire bilatéral. Petit foyer de râles à la base gauche.

Température 39°.

23 décembre. — Amélioration légère. Selles meilleures.

Température 38°. Petit foyer de râles à la base droite.

Persistance de la toux. Poids 3 kilogrammes.

8 janvier. — Extension du foyer au sommet droit : souffle à ce niveau. Reprise de la température, qui, descendue à la normale à la fin de décembre, monte à 38° puis à 40° le 4 janvier, et redescend à 38°. Poids 2 kgr. 600.

29 janvier. — Signes de bronchite bilatérale. Retentissement du cri et de la toux aux deux sommets. Amaigrissement progressif.

Température 37°.

12 février. — Otite droite. Température subnormale (entre 37° et 37°5). Poids 2 kgr. 900.

16 février. — Élévation thermique à 38°. Dyspnée.

Râles fins aux deux sommets et dans toute la hauteur du poumon droit. Foyer de souffle au sommet droit.

Mauvaises selles, abondantes, liquides, jaunâtres, fétides.

Dépérissement rapide. Décès le 17 février.

AUTOPSIE 19 février 1908.

Ganglions du hile droit volumineux et caséeux.

Pneumonie caséeuse du *lobe moyen du poumon droit* avec *gros foyers ramollis et excavés*.

Au lobe supérieur droit zones d'emphysème, quelques gros tubercules.

Poumon gauche. — Pas de granulations visibles au sommet ; à la base congestion intense ; quelques granulations à la partie postérieure du lobe inférieur.

Rate. — Quelques gros tubercules.

Foie. — Tubercules sous-capsulaires disséminés.

Pas de tuberculose visible aux autres viscères.

Obs. XVII-XVIII. — *Hérédité tuberculeuse. Atrophie. Mort par granulie à 9 mois 1/2. Grosse caverne de la base du poumon gauche.*

Service du Dr Barbier. — Héroid, 1908, n° 28, Crèche.

Tréch... Louise, 9 mois, entrée le 10 juin 1908 ; amaigrissement, toux, diarrhée.

Née à terme, nourrie au sein jusqu'à ce jour, a toujours été chétive.

Père ayant eu des hémoptysies. Mère présentant des signes de tuberculose en évolution.

L'enfant tousse depuis trois semaines et maigrit. Quintes de

toux plus fréquentes depuis une semaine, assez violentes, accompagnées de sifflement inspiratoire, quelquefois avec légère expectoration. Diarrhée.

Examen pulmonaire. — Au sommet droit submatité, retentissement du cri, râles de bronchite. Ganglions axillaires.

Rachitisme léger. Hernies multiples inguinales, ombilicale, de la ligne blanche. Poids 5 kgr. 870. Température 38°5.

15 juin. — Bronchite généralisée, retentissement du cri au sommet droit. Diarrhée légère non fétide.

Oscillations thermiques de 38° à 39°5.

20 juin. — Mêmes signes pulmonaires.

L'enfant se plaint, gémit fréquemment. Amaigrissement. Quelques vomissements. Température 38°5.

Dès cette date on soupçonne une méningite qui s'affirme par la suite et à laquelle l'enfant succombe le 26 juin.

AUTOPSIE le 27 juin 1908.

Gros ganglions trachéo-bronchiques caséeux à droite et à gauche.

A la base du poumon gauche, gros foyer caséeux ulcéré. Granulations disséminées dans le reste du poumon.

Au poumon droit, sommet assez fortement congestionné. Granulie des trois lobes, comme au poumon gauche.

Exsudats méningés épais surtout dans la scissure de Sylvius et au niveau du chiasma. Quelques granulations.

Foie légèrement dégénéré, décoloré, quelques granulations à la surface et à la coupe.

Obs. XIX. — *Grosse caverne dans un bloc de pneumonie caséuse. Mort à 11 mois avec des symptômes de bronchopneumonie aiguë.*

Service du Dr Barbier, 1909, n° 28, J. S.

Pr... Jeanne, 11 mois, admise à l'hôpital Hérold le 10 février 1909 : fièvre élevée, dyspnée intense.

Enfant atrophique, seule enfant d'une mère probablement tuberculeuse (bronchite chronique) et d'un père en apparence bien portant. Élevée au biberon.

Sujette aux bronchites depuis sa naissance, elle trousse davantage depuis une semaine et a eu quelques accès de suffocation.

Examen le 10 février.

Enfant atrophique, anémiée. Poids 5 kgr. 210. Cyanose légère. Sur la face traces d'une éruption impétigineuse en voie de guérison.

Ecoulement nasal assez prononcé, pharynx suintant.

Abdomen gros et tendu. Foie ne débordant pas les fausses côtes.

Adénopathies multiples cervicales, axillaires et inguinales.

Température 39°6. Pouls 90°.

Dyspnée intense.

Matité du sommet gauche avec souffle étendu jusqu'à la partie moyenne du poumon.

On porte le diagnostic de bronchopneumonie du sommet gauche.

12 février. — Chûte thermique (37°). Diminution de la dyspnée et des signes locaux.

13 février. — Réapparition du foyer bronchopneumonique

du sommet gauche. Apparition d'un nouveau foyer à la partie moyenne du poumon droit. Température 39°2.

Le 14 et 15 février. — Température 40°. Etat local et général stationnaire.

Du 15 au 22. — La température descend lentement à 38°, l'état général et local s'améliore :

Fin février, on note quelques râles sous-crépitaux aux deux bases, à type congestif ; le souffle du sommet gauche et de la partie moyenne du poumon droit a disparu. Le sommet droit est mat à la percussion.

Selles décolorées.

Du 1^{er} au 15 mars. — Mauvais état digestif, selles tantôt liquides, glaireuses, tantôt pâteuses, décolorées, fétides. Puis, grâce au régime hydrocarboné (1 panade, 2 bouillies, décoction d'orge) remplaçant le biberon, grâce à l'huile de ricin, à l'administration de bile et de pancréatine, de jus de viande, amélioration appréciable. Néanmoins amaigrissement progressif.

Poids le 15 mars : 4 kgr. 650.

Etat fébrile persistant, au voisinage de 38°.

Aux poumons, persistance de râles sous-crépitaux aux deux bases, accentuation des signes de localisation du sommet droit : à ce niveau matité persistante, diminution du murmure vésiculaire, souffle expiratoire et rétentissement du cri.

Du 15 au 31 mars. — Etat local, *id.* Accentuation des signes congestifs des bases.

Température plus élevée, oscillante, irrégulière, au voisinage de 39°.

Infections cutanées.

Selles fétides. Amaigrissement continu.

Au début d'avril, l'enfant présente aux deux bases des signes

bronchopneumoniques : souffle à timbre aigu et râles sous-crépitaux ; ces signes sont surtout accentués à droite.

Le 3 avril. — Température 40°6. Dyspnée extrêmement intense. Cyanose, refroidissement des extrémités.

Râles disséminés dans toute l'étendue des deux poumons.

Selles sanguinolentes, fétides.

Décès le 5 avril. — Age à cette date : 12 mois 1/2. Poids 4 kgr. 390.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du thorax on note immédiatement la présence, au poumon droit, d'une excavation que la forte adhérence des deux plèvres à son niveau a fait ouvrir au moment de l'ablation du plastron sterno-costal. Cette caverne, qui affleure la plèvre, se prolonge très loin dans la profondeur, occupant la presque totalité du lobe inférieur, elle a dans son ensemble le volume d'une mandarine ; la mince coque pulmonaire qui la sépare en haut du lobe supérieur ; à gauche du sac péricardique dont on ne peut la séparer, en bas du diaphragme où elle adhère fortement est infiltrée en bloc et présente l'aspect typique de la pneumonie caséuse. Cette volumineuse caverne est traversée à sa partie supérieure par une branche de l'artère pulmonaire.

Contrastant avec cette énorme lésion, le lobe supérieur du poumon droit, le poumon gauche n'offre que des lésions de congestion diffuse, parsemées de granulations grises.

Les ganglions trachéo-bronchiques forment un amas volumineux ; la plupart caséifiés, ils sont unis par une gangue fibreuse qui rend leur dissection difficile, englobant la trachée, les gros vaisseaux et jusqu'au thymus. On trouve plusieurs ganglions caséifiés sur le trajet des phréniques.

Foie. — Gras, avec quelques flots hémorragiques. Pas de granulations apparentes.

Rate. — Nombreuses granulations. Périsplénite assez accentuée.

Obs. XX — *Résumé. — Hérité tuberculeuse. Tuberculose généralisée, évoluant sous le masque de troubles gastro-intestinaux. Granulie généralisée. Adénopathie caséuse médiastinale et cervicale. Grosse caverne du poumon gauche. Age au décès: 4 mois.*

(Service du Dr Barbier, 1909, n° 84, J. S.)

Schl... Gaston, âgé de 2 mois, admis à Hérold le 15 avril 1909, salle Jules Simon, n° 5. Dyspepsie et toux.

Né à terme, élevé à l'allaitement mixte, puis depuis trois jours exclusivement au biberon. Seul enfant d'une mère paraissant bien portante et d'un père mort tout récemment (deux semaines) d'affection pulmonaire.

Était bien portant depuis sa naissance. La toux pour laquelle on l'amène est apparue il y a une semaine, accompagnée de troubles digestifs (un vomissement trois jours avant l'entrée, selles en diarrhée).

Examen à l'entrée.

Enfant d'apparence robuste. Poids 4 kgr. 950.

Asymétrie crânienne. Saillie des bases frontale et pariétale droite.

Quelques nodosités costales. Hernie ombilicale.

Petits ganglions axillaires roulant sous le doigt.

Ganglions cervicaux, *id.*

Infection rhino-pharyngée, écoulement nasal séreux. Gorge suintante.

Conjonctivite séro-purulente avec écoulement très abondant.

Dyspnée légère. Toux grasse, par petits accès peu fréquents.

Submatité du sommet *droit* avec diminution du murmure vésiculaire et retentissement du cri. Foyer de râles sous-crépitaux se prolongeant dans l'aisselle droite.

Rien d'appréciable à l'examen du poumon gauche.

Mauvais état digestif ; selles liquides, brunâtres, mais non fétides.

Température : 38°5. État général relativement bon : l'enfant ne paraît nullement abattu.

Du 16 au 30 avril. — Température d'abord oscillant entre 38° et 39°, puis irrégulière, tombe à la normale le 27 et s'y maintient.

Amélioration lente, puis disparition du catarrhe nasopharyngé et conjonctival.

Les signes du sommet droit (submatité, retentissement du cri, râles sous-crépitaux) persistent.

Très mauvais état digestif : chaque jour 3 selles abondantes, tantôt brunâtres et pâteuses, tantôt liquides, verdâtres, souvent grumeleuses, et toujours très fétides. On donne du biolactyl.

On essaie le Yoghourt ; l'enfant ayant des vomissements, on revient au lait de vache. Malgré la petite quantité donnée (100 gr. pour 24 h. + décoction d'orge) l'enfant le régurgite après chaque tétée pendant plusieurs jours.

1^{er} mai. — Amaigrissement considérable : Poids 4 kgr. 280.

Les vomissements ont cessé, mais les selles sont toujours mauvaises, liquides, verdâtres, légèrement glaireuses, fétides.

On supprime complètement le lait, pour donner exclusivement

l'eau d'orge sucrée. Huile de ricin, puis sulfate de soude et benzonaphtol.

4 mai. — Amélioration des selles. On redonne 150 grammes de lait de vache.

Les signes d'auscultation du sommet droit sont moins nets. Plus de râles sous-crépitants. Température normale.

6 mai. — Reprise des troubles dyspeptiques : selles pâteuses verdâtres, sentant mauvais. L'amaigrissement continue. Poids : 4 kgr. 150. Le lait de vache est remplacé par 100 grammes de lait d'ânesse.

10 mai. — Ascension thermique 39° après quelques jours de température irrégulière (37°5 à 38°).

Bronchite généralisée légère.

Selles très mauvaises, mal digérées, glaireuses, jaunâtres.

19 mai. — Intra-dermo-réaction +.

Persistance des mauvaises selles, 4-5 par vingt-quatre heures.

Etat subfébrile.

30 mai. — Même état digestif. Selles glaireuses, fétides. Amaigrissement persistant. Poids, 3 kgr. 800.

Température au voisinage de 37° avec quelques crochets à 38°.

Au sommet droit, retentissement du cri et submatité. Pas de râles. Pas de signes appréciables à l'examen du poumon gauche.

6 juin. — Après une période de température subnormale, reprise de la fièvre (38°9).

Toujours très mauvais état digestif : 4 à 6 selles par jour.

L'état pulmonaire paraît absolument stationnaire.

Du 6 au 15 juin. — L'auscultation du poumon ne révèle aucun signe nouveau.

Toujours même état digestif, mêmes selles liquides, verdâtres, fétides, abondantes.

Altération rapide de l'état général.

Amaigrissement progressif. — Abscess de la région occipitale.

La température descend en quelques jours à 37°, puis remonte irrégulièrement, atteint 39° le 15 juin.

Du 16 au 21 juin. — Affaiblissement continu.

La température monte à 40° le 16 ; le 17 elle redescend à 38° et s'y maintient les jours suivants. Le 20, ascension à 40° 4.

Le 21 juin. — Température le matin 40° 6, le soir 41. L'enfant meurt à 11 heures du soir, sans avoir présenté de symptômes pulmonaires autres que ceux précédemment notés, en état de cachexie et d'amaigrissement très accentués, pesant 3 kgr. 400.

AUTOPSIE le 23 juin. — Les deux poumons sont criblés dans toute leur étendue de tubercules jaunes transparents. Congestion légère du sommet droit (le poumon à ce niveau ne crépite plus, il résiste à la pression du doigt, le parenchyme a une coloration violacée.

A la partie toute inférieure du lobe supérieur du poumon gauche, caverne du volume d'une noix, de configuration régulière, avec très légère réaction inflammatoire périphérique.

Ganglions trachéo-bronchiques caséeux, se continuant avec les ganglions sous-claviculaires et axillaires également caséeux.

Tubercules sous-séreux au niveau du gros intestin et du mésentère ; pas de tuméfaction appréciable des ganglions mésentériques ; ceux-ci, du volume d'une lentille pour la plupart, ont une coloration rosée à la coupe.

Foie gros, de coloration jaune, d'aspect gras.

Rate, quelques granulations tuberculeuses. Périsplénite.

Reins et capsules surrénales. Pas de granulations apparentes.

Obs. XXI. — *Médiastinite ; spasme glottique. Cavernes
et sclérose pulmonaire. Mort à 18 mois*

Service du Dr Barbier. — Hérold, 1909, 90, J.-S.

Cr..., Albertine, 18 mois, née à terme, élevée au sein jusqu'à deux mois, au biberon ensuite. Troubles digestifs dans la première enfance.

N'a jamais été à l'hôpital.

Bronchite en janvier 1909. Depuis cette époque, a conservé la voix rauque et une toux fréquente.

Depuis le début d'avril a eu fréquemment des crises d'étouffement.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante ; une fausse couche il y a deux mois. Père bien portant. Pas d'autres enfants

18 avril — L'enfant est amenée à l'hôpital pour des accès de suffocation qui sont apparus pour la première fois dans les premiers jours d'avril et qui sont devenus progressivement plus fréquents et plus prolongés. Pensant à la possibilité d'un croup, on admet l'enfant salle Pasteur.

23 avril. — On n'a pas trouvé de Loeffler dans le larynx, ni dans la gorge de la malade. On passe l'enfant à Jules Simon.

Depuis l'entrée à l'hôpital, ce qui domine le tableau clinique, ce sont des accès de suffocation d'origine laryngée, par spasme de la glotte ; ces accès qui sont réveillés par l'approche du médecin (la malade est très craintive et pleure dès qu'on vient près d'elle), sont précédés d'une petite toux d'abord rauque, aboyante ; l'enfant se cyanose et la respiration, de plus en plus difficile, s'accompagne de cornage et de tirage sus et sous-sternal. L'accès

dure deux à trois minutes, puis le calme revient lentement. Dans l'intervalle des accès, la respiration n'est pas libre, mais s'accompagne encore d'un léger tirage et cornage. De temps en temps l'enfant reste en arrêt de respiration inspiratoire.

La malade est pâle, amaigrie, assez abattue.

Le pouls est petit, rapide.

Dans les poumons, on note seulement l'existence d'une bronchite généralisée; le cornage qui est constant rend l'auscultation difficile.

29 avril. — Dyspnée moins intense.

Persistance de bronchite généralisée. Pas de souffle au niveau du hile. Malade abattue.

30 avril. — Les râles de bronchite sont plus nombreux au sommet droit en arrière; à ce niveau la sonorité est diminuée, et dans la fosse sus-épineuse droite le murmure vésiculaire est remplacé par un souffle léger.

Étant donné les accès de suffocation que présente l'enfant dont la respiration s'arrête en expiration, les phénomènes pulmonaires qui semblent se localiser, on porte le diagnostic de *spasme de la glotte au cours d'une bronchopneumonie*.

4 mai. — Atténuation des accidents de spasme glottique.

A la base gauche, souffle léger avec nombreux râles crépitants.

Toux rauque, aboyante.

Inhalations de vapeurs de menthol-eucalyptol.

6 mai. — *Les accidents de spasme glottique ont disparu.*

Pourtant dyspnée encore marquée.

Au sommet droit, souffle avec nombreux râles crépitants.

A gauche, mêmes signes avec maximum à la partie moyenne du poumon.

Toux fréquente.

État général grave, lèvres fuligineuses.

23 mai. — La malade sort de l'hôpital très améliorée.

La température qui, pendant vingt jours, a oscillé entre 38 et 40° reste maintenant au-dessous de 38 et tend même à revenir à 37°. Le pouls est moins fréquent et mieux frappé, le poids augmente et les joues de l'enfant se décolorent. La dyspnée a presque complètement disparu. Cependant, persistance de signes de bronchite généralisée, avec congestion des bases. Les accès de spasme glottique n'ont pas reparu.

28 mai. — L'enfant est ramenée à l'hôpital parce que le tirage et le cornage ont reparu en même temps que la toux augmentait et que la température s'élevait.

Enfant pâle, amaigrie, secouée par une toux sèche, aboyante, fréquente, mais non quinteuse.

Dyspnée vive. Battement des ailes du nez. Tirage sus-sternal et sous-sternal. Cornage.

Poumons, à droite fosse sus-épineuse. Submatité ; murmure vésiculaire remplacé par un souffle à timbre tubaire ; retentissement du cri. Râles de bronchite dans le reste des poumons, souffle hilaire. Selles normales. Température : 39°. Pouls rapide.

2 juin. — Mêmes signes pulmonaires.

Accès de toux persistants. Dyspnée vive.

7 juin. — Toux fréquente avec mêmes caractères que précédemment. Cornage inspiratoire et léger tirage. Cependant la dyspnée se calme. Auscultation : retentissement du cornage.

Pas de signes d'hypertrophie thymique. Micropolyadénite.

15 juin. — Depuis le 28 mai, l'enfant n'a pas présenté de nouveaux accès de suffocation, cependant la gêne respiratoire persiste, manifestée par l'existence du tirage et du cornage.

Auscultation : râles de bronchite dans les deux poumons. Per-

sistance de submatité dans la fosse sus-épineuse droite, avec retentissement de la voix et de la toux à ce niveau. Au niveau du hile, matité, souffle.

Ganglions axillaires durs, de la grosseur d'une petite lentille.

28 juin. — Dans la soirée, l'enfant a fait, sans cause apparente, un accès de dyspnée extrêmement inquiétant, allant presque jusqu'à l'asphyxie. Après cet accès, elle reste inquiète. Le cornage et le tirage sont beaucoup plus accentués.

29 juin. — Tirage et cornage encore très marqués, avec diminution de respiration dans les deux poumons; foyers broncho-pneumoniques aux deux sommets et à la base gauche.

L'enfant, envoyée à la radiographie, n'a pu être radiographiée car elle se cyanose et asphyxie dès qu'on essaie de la mettre en décubitus dorsal.

3 juillet. — Même état asphyxique que les jours précédents. Cyanose généralisée, avec prédominance aux extrémités et à la face; doigts en baguettes de tambour.

Examen des poumons: submatité au sommet et au hile gauches; râles de bronchite généralisée, avec prédominance à gauche, couverts en partie par le retentissement du cornage.

4 juillet. — Même état pulmonaire que la veille, mais cyanose moins marquée.

9 juillet. — Les accès de dyspnée paroxystique précédemment notés reparaissent à la moindre tentative d'examen; la toux reste aboyante, quinteuse, la voix éraillée; cependant le cornage a disparu et le tirage est moins accentué, l'exploration du poumon est plus facile, on retrouve de la submatité au sommet droit, mais surtout au niveau du hile droit, avec respiration plus forte, retentissement du cri; râles de bronchite dans toute

la poitrine. On continue la médication sédative instituée précédemment (KBv Valériane).

9 juillet. — Après la période très troublée des jours précédents (accès de suffocation à la moindre cause, cyanose, température à grandes oscillations), l'état général devient meilleur; les signes pulmonaires ne varient pas; la toux reste difficile, éraillée, quinteuse. L'enfant est très amaigrie.

16 juillet. — Le cornage disparaît maintenant quand l'enfant est au repos, pour reparaître dès qu'on la remue; mêmes signes stéthoscopiques que précédemment.

27 juillet. — Depuis une semaine reprise du cornage et du tirage dès que l'enfant s'agite, l'inspiration reste bruyante, même au repos; au sommet droit, pas de murmure vésiculaire; retentissement du souffle hilaire droit.

La température est revenue à la normale, mais le poids tend à baisser.

10 août. — Intra-dermo réaction positive à la tuberculine.

28 août. — Depuis plus de deux semaines, l'enfant est beaucoup plus calme; on n'a eu à noter aucune crise nouvelle de dyspnée; l'état pulmonaire reste le même.

8 septembre. — Apparition de nouvelles crises de dyspnée extrêmement violentes, avec cyanose intense des extrémités et de la face, la fièvre à grande oscillations a reparu.

11 septembre. — Même état de dyspnée permanente avec paroxysmes violents, mettant en danger l'existence de la malade, aux signes pulmonaires précédemment notés s'ajoutent des phénomènes de congestion du sommet et de la base gauches.

17 septembre. — Même état que précédemment, grandes oscillations de température avec perte de poids très marquée.

20 septembre. — La température est moins élevée, les râles de bronchite moins nombreux; le poids augmente.

28 septembre. — Le poids reprend; la température reste au même degré que les jours précédents; le cornage et les râles de bronchite ont reparu.

4 octobre. — La dyspnée d'effort est très intense au tirage et cornage au moindre mouvement. Respiration diminuée dans les deux poumons; gros souffle hilaire avec matité en avant et en arrière dans les régions ganglionnaires.

12 octobre. — L'enfant a bonne mine, le poids augmente, mais la respiration reste difficile et le cornage reparait dès qu'on tente de la mobiliser. Persistance du souffle intense au niveau du hile droit.

23 octobre. — A la suite d'un refroidissement, crise de dyspnée extrêmement intense; pouls petit, filant sous le doigt, état asphyxique. L'examen du poumon révèle une diminution de la respiration à gauche, avec pluie de râles fins dans toute la hauteur. A droite, les phénomènes sont beaucoup moins marqués.

28 octobre. — Pluie de râles fins dans toute la hauteur des deux poumons.

5 novembre. — État général et local beaucoup meilleurs, râles beaucoup moins nombreux dans les poumons.

11 novembre. — Depuis deux jours, réapparition des accès de suffocation (8 ou 10 dans la journée) survenant à l'occasion d'un mouvement de l'enfant.

La fièvre reprend, les râles de bronchite s'entendent nombreux dans toute la poitrine. Malgré cette reprise, le poids continue à augmenter.

16 novembre. — A la suite d'une période fébrile qui a duré dix jours on constate des lésions plus marquées du poumon

gauche, congestion de la base et du sommet ; congestion de la base droite. L'appétit est faible, les selles mal digérées, décolorées, très fétides ; l'enfant perd la bonne mine des jours précédents et s'amaigrit.

30 novembre. — L'enfant se cachectise ; la température présente de grandes oscillations ; le pouls est petit, rapide ; les sueurs sont abondantes de nuit et de jour.

En relation avec ces phénomènes généraux, les lésions pulmonaires évoluent ; on note maintenant des signes de condensation dans toute la hauteur du poumon gauche, avec *frottements pleuraux et gargouillements au sommet gauche*. La dyspnée est toujours intense, quoique les accès paroxystiques aient disparu, et l'inspiration s'accompagne d'une dépression des espaces intercostaux qui permet de penser à une symphyse pleurale bilatérale.

1^{er} décembre. — On a pu recueillir un crachat de l'enfant ; les *bacilles de Koch* y sont nombreux.

9 décembre. — L'évolution progressivement fatale se confirme ; l'état général devient de plus en plus précaire, et, localement, on constate dans le poumon l'*extension du processus ulcéreux* ; les *signes cavitaires* apparaissent à la base gauche et à la partie moyenne du poumon droit.

22 décembre. — Aggravation de l'état général et local ; refroidissement de la face et des extrémités, cyanose et mort lente sans convulsions et accès terminal de dyspnée.

Autopsie le 23 décembre.

A l'ouverture du thorax, symphyse médiastino-péricardo-pleurale. *Pleurite tuberculeuse généralisée*, avec adhérences molles et rougeâtre de deux feuillets pleuraux.

A la partie antérieure, débris du thymus disloqué et caséeux.

Les *ganglions prétrachéo-bronchiques*, des deux côtés sont énormes, d'apparence caséuse et recouvrent complètement la trachée jusqu'à sa bifurcation ; grosse adénopathie intertrachéo-bronchique. La crosse de l'aorte passe comme un tunnel à travers la masse ganglionnaire qui forme un bloc énorme et caséux.

A droite, le phrénique passe en avant de la masse ganglionnaire sans y adhérer, mais le pneumogastrique est entièrement engainé et on est obligé de sculpter le bloc caséux pour le libérer. A gauche, le pneumogastrique est englobé dans un tissu lardacé où on ne peut le suivre ; en arrivant au-dessous de l'aorte, il plonge dans le tissu lardacé qui se continue avec un tissu de pleurite autour de la bronche. Les veines pulmonaires elles-mêmes sont comprimées par la masse ganglionnaire.

Poumon gauche. — Symphyse pleurale complète au niveau de la scissure interlobaire ; au niveau du *bord antérieur* : *masse caséuse du volume d'une lentille constituée par des tubercules ulcérés*, tout autour infiltration tuberculeuse avec *tissu scléreux*. *Au sommet, caverne de la grosseur d'un haricot* ; à la base : tissu de sclérose avec dilatations bronchiques. Dans le reste de son étendue, le poumon présente l'aspect de la pneumonie chronique, dur, ne crépitant pas. Les bronches sont remplies de pus contenant en abondance du bacille de Koch.

Poumon droit. — Symphyse pleurale complète au niveau des scissures interlobaires. *Infiltration tuberculeuse du sommet, avec foyer de ramollissement au centre* ; dans le lobe moyen : nodules tuberculeux groupés en bouquets ; dans le lobe inférieur infiltration tuberculeuse diffuse.

Cœur. — Dilatation du cœur gauche ; endocardite au niveau des bords adhérents de la valvule mitrale ; à ce niveau, petits dépôts fibrineux, endocarde rouge, congestionné.

Rate. — Grosse, quelques tubercules.

Foie. — Congestionné, sans tubercules apparents.

Reins. — Normaux.

Obs. XXII. — *Petite caverne du poumon gauche, peut-être ganglionnaire. Tuberculose généralisée ayant épargné le poumon droit. Mort à 13 mois.*

(Service du Dr Barbier. — Hérold, 1909, n° 173, J. S.)

D... Suzanne, 13 mois, amenée à l'hôpital le 20 juin 1909, pour accès de fièvre, apparus vers le 15 juin, nourrie au biberon depuis dix mois ; amaigrissement.

Enfant pâle, maigre. Dyspnée vive. Battement des ailes du nez.

Poumon gauche fosse sus-épineuse : Submatité.

Abolition du murmure vésiculaire, remplacé par un souffle tubaire de timbre aigu. Retentissement du cri.

Creux sous-claviculaire : submatité. Pas de souffle.

Toux sèche, quinteuse, pas de crachats.

Selles liquides, jaunâtres, fétides.

Ganglions cervicaux, bilatéraux : grosseur d'une lentille.

Déformations osseuses.

Antécédents. — Père bien portant. Mère bien portante. Jamais de fausses-couches. Un enfant mort à 10 mois de troubles gastro-intestinaux.

22 juin. — Enfant abattu. Yeux cernés. Dyspnée toujours vive, avec battement des ailes du nez. Quand l'enfant boit au biberon, il présente de l'engouement : il est pris, en effet, d'une quinte de toux et vomit le lait ingéré ; à la suite de cet accès de toux, l'enfant présente un *léger tirage sous-sternal*.

La muqueuse du voile du palais est pâle. Pas de symptômes

phlegmoneux rétro-pharyngiens (injection de sérum anti-diphthérique).

Auscultation. — Submatité dans la fosse sous-claviculaire.

Poumon gauche. — Absence de murmure vésiculaire remplacé par un souffle tubaire : nombreux râles crépitants.

Mêmes symptômes en avant.

Fièvre élevée, 39,5.

Pouls, petit, dépressible, incomptable.

24 juin. — Enfant de plus en plus abattu : cyanose de la face et des extrémités, dyspnée (60). Enfant haletant, tirage sous-sternal. Il présente toujours des accès de toux quinteuse suivis de vomissements après l'ingestion de quelques gorgées de lait.

Selles liquides, fétides. Température 39°2.

Auscultation. — Mêmes symptômes.

Dans la soirée, la dyspnée devient plus vive. La cyanose s'accroît, et l'enfant succombe vers 6 heures.

AUTOPSIE. — Le 26 juin.

Ganglions prétrachéo-bronchiques énormes augmentés de volume : confondus entre eux. La partie inférieure de la trachée est masquée par des ganglions qui adhèrent entre eux.

La carotide primitive gauche est dans une masse ganglionnaire ; l'aorte est entourée d'une masse ganglionnaire. Ces masses ganglionnaires englobent le X gauche, le phrénique et le X droit.

Le groupe ganglionnaire prétrachéo-bronchique gauche adhère à la bronche droite, qu'il est difficile d'isoler : situé dans un tissu lardacé fibro-caséeux.

Rien d'apparent dans le larynx.

Poumon droit. — Pas de trace de tuberculose apparente. Congestion peu étendue.

Poumon gauche. — Hépatisation du lobe supérieur : une caverne est située dans la partie interne du poumon, et semble communiquer avec un ganglion intra-pulmonaire suppuré.

Cœur. — Quelques traces d'endocardite sur la valve mitrale (prélevée pour injection à cobaye).

Foie. — Foie gras : quelques tubercules sous la capsule.

Rate. — Quelques granulations périspléniques.

Intestin. — Paquet ganglionnaire unique caséeux, dans la partie supérieure du mésentère.

Obs. XXIII. — *Broncho-pneumonie caséuse d'évolution rapide, après une rougeole, chez un enfant de souche tuberculeuse, âgé de 17 mois. Grosse caverne de la base droite avec signes cliniques.*

Service du Dr Barbier. — Hérold, 1909, obs. n° 194, S.

Ber... Henri, 17 mois, convalescent de rougeole (l'éruption a débuté il y a 3 semaines et a duré 10 jours), entre salle Jules Simon le 16 juillet 1909, parce qu'il tousse.

La toux qui n'a pas cessé depuis le début de la rougeole, est plus accentuée depuis une semaine ; depuis cinq jours l'enfant paraît plus gravement atteint. Toux fréquente, survenant par quintes, voix enrouée, toux éraillée ; respiration sifflante. Pas d'accès de suffocation. Amaigrissement notable. Jusqu'alors l'enfant avait été bien portant.

Son père est tuberculeux avéré, et a eu deux autres enfants, morts tous deux de broncho-pneumonie, l'un après une rougeole (âge ?) l'autre à 22 mois après une coqueluche.

Examen actuel. — Enfant très amaigri. Poids 8 k. 050.

Très abattu ; anémié ; blafard.

Infection du cuir chevelu ; infection des paupières.

Infection rhino-pharyngée.

Voix enrouée, cassée (laryngite morbillieuse).

Poumons. — A gauche au sommet zone de matité occupant les fosses sus et sous-épineuses. A ce niveau inspiration soufflante et quelques râles sous-crépitanants.

A droite en avant, à un centimètre au-dessous du mamelon, petit foyer de souffle expiratoire avec gros râles sous-crépitanants ; sonorité normale à ce niveau.

Température 39°. Pouls rapide, régulier.

18 juillet. — Même état général, enfant très prostré. Les signes d'auscultation au sommet gauche sont en légère décroissance.

Le foyer de la base droite en avant paraît, au contraire s'étendre : gros râles sous-crépitanants à ce niveau.

Température : le 17 : 39°6, 39°8

— le 18 : 39°6, 39°4

19 juillet. — Même état d'abattement.

Température : 39°.

Dyspnée vive.

Le poumon droit est envahi sur une grande étendue ; l'auscultation de la fosse sus-épineuse seule est normale. On note : dans l'aisselle, un foyer de souffle avec râles sous-crépitanants fins et gros râles à timbre humide.

En avant, de gros râles sous-crépitanants à timbre humide disséminés.

En arrière, expiration soufflante à la base avec râles sous-crépitanants dans les deux tiers inférieurs du poumon.

On note en même temps un nouveau foyer à la base gauche : léger souffle expiratoire à ce niveau.

20 juillet. — Température 40° le matin, 39°5 le soir.

Les signes de la base droite s'accroissent et prennent le type cavitaires ; souffle à timbre amphorique, très étendu, bruit de friture à la pointe de l'omoplate.

En avant mêmes signes que la veille.

Au poumon gauche, respiration soufflante au sommet et dans la région du hile. Submatité persistante du sommet.

A la base, souffle aigu avec quelques râles.

Infection étendue du cuir chevelu.

Rhino-pharyngite purulente.

23 juillet. — Température élevée 40°, avec quelques rémissions légères, irrégulières.

Dyspnée très marquée. Sueurs abondantes. Infection étendue du cuir chevelu.

Foyers disséminés de souffle et de râles sous-crépitaux dans les deux poumons. Signes plus marqués à droite : persistance d'un gros souffle à la base.

27 juillet. — Foyers pulmonaires disséminés très nombreux. Râles très humides à droite en avant. En arrière à la base droite signes nettement cavitaires.

Très mauvais état général.

Cyanose et dyspnée extrêmes.

Température : légères oscillations depuis le 23 au voisinage de 39°5.

Décès le 30 juillet au soir.

L'enfant pèse le 29 juillet 7 kgr. 600 ; l'état digestif a toujours été satisfaisant.

AUTOPSIE le 1^{er} août.

Poumon droit farci de tubercules ; à la base foyer cavitaires de la grosseur d'une noix.

Quelques tubercules au sommet du poumon gauche.

Gros ganglions trachéo-bronchiques, infiltrés mais non ramollis. On note en outre quelques tubercules sur la face convexe du foie, sur la rate.

Obs. XXIV. — *Broncho-pneumonie tuberculeuse du poumon droit avec petites ulcérations ; caverne plus volumineuse de la base gauche. Grosses lésions pleurales. Mort à 13 mois.*

Service du Dr Barbier. — Hérault, 1909, n° 233, S.

G... Georges, un an, admis le 6 septembre 1909 pour toux, oppression, fièvre légère (38°), otite droite et diarrhée.

Le début de l'observation et les antécédents de l'enfant font défaut.

Le 12 septembre. — Signes de bronchite capillaire avec prédominance de lésions à gauche, Cyanose de la face et des extrémités. Dyspnée forte avec battements des ailes du nez. Toux fréquente.

Diarrhée et vomissements.

Otite droite.

Température depuis l'entrée au voisinage de 38°.

Poids 5 kgr. 950, stationnaire.

17 septembre. — Même état pulmonaire.

Apparition d'un piqueté purpurique au niveau du tronc.

État général grave.

Diarrhée atténuée. Vomissements après chaque ingestion d'aliments.

Intra-dermo-réaction positive.

21 septembre. — Cyanose très accentuée.

Abattement.

Toux rare.

Matité aux deux sommets en arrière.

Râles sibilants et sous-crépitants fins extrêmement nourris dans toute la poitrine.

Adénopathie axillaire droite ; très petits ganglions (lentille) durs et roulant sous le doigt.

Diarrhée jaunâtre. Poids stationnaire.

Température irrégulière, oscillant de 37° à 38°.

30 septembre. — Même état général. Température 38° irrégulière.

Mêmes signes pulmonaires. La toux devient plus fréquente, apparaissant par quintes surtout lorsqu'on remue l'enfant.

Diarrhée persistante ; selles abondantes, jaunâtres et non digérées.

Légère augmentation de poids (6 kgr. 170 le 25 sept.) mais factice ; on note en effet des œdèmes généralisés et la présence d'albumine dans l'urine.

2 octobre. — Persistance de la cyanose et de la dyspnée.

Battement des ailes du nez.

Râles sous-crépitants et sibilants de toute l'étendue des deux poumons.

Au sommet gauche apparition d'un foyer de souffle aigu. Expiration soufflante au niveau du hile.

État digestif meilleur.

Poids 6 k. 070. Persistance des œdèmes.

6 octobre. — Mêmes signes pulmonaires.

Accentuation de l'anasarque. Poids 6 kgr. 370.

Albumine dans l'urine.

17 octobre. — Anasarque généralisée intense : œdème très

marqué des membres inférieurs, remontant jusqu'au thorax.
Œdème de la face.

Poids 7 kgr. 050.

Râles fins et râles humides dans toute la hauteur des deux poumons. Cyanose et dyspnée extrêmes.

État général très grave.

Température oscillante, de 37°5 à 38°5.

L'enfant meurt dans la nuit du 17 au 18 octobre.

AUTOPSIE. — Enorme paquet ganglionnaire trachéo-bronchique. Les ganglions des groupes intertrachéo-bronchique, prétrachéo-bronchique et sous-bronchique gauche, tous caséeux et ramollis, forment une volumineuse masse masquant complètement la partie inférieure de la trachée et sa bifurcation.

Les poumons adhèrent fortement à la plèvre médiastine d'une part, à la plèvre costale d'autre part. Les adhérences sont péniblement décollables.

Poumon gauche. — Recouvert d'une coque épaisse de tuberculose pleurale ; la plèvre, infiltrée de nombreux tubercules caséifiés, apparaît très épaissie à la coupe. Les tubercules siègent à sa face profonde, et sont surtout nombreux sur ses faces costale et diaphragmatique. Les deux lobes adhèrent entre eux.

A la coupe, infiltration et granulie généralisée de tout le poumon. *Caverne grosse comme une noisette à la partie supérieure du lobe inférieur.*

Poumon droit. — Plèvre moins atteinte, simplement adhérente avec quelques tubercules superficiels.

Au sommet, sur un fond d'hépatisation rouge, îlots d'infiltration mal limités, nombreuses granulations grises, et ébauche de caverne.

Au lobe moyen : infiltration avec tubercules jaunes laissant souder un pus crémeux : lésions plus marquées à la partie supérieure du lobe.

Au lobe inférieur, aspect d'hépatisation rouge avec granulations grises très nombreuses.

Tous les viscères, *foie, reins, rate*, sont gorgés de sang ; on ne note aucun tubercule apparent à leur niveau.

Le cœur gauche paraît légèrement dilaté. Léger épaissement laiteux très limité du péricarde.

Obs. XXV. — *Granulie méningée chez un atrophique de souche tuberculeuse. Granulie de deux poumons. Caverne latente du sommet gauche.* — Age au décès : 8 mois.

Service du Dr Barbier. — Hérold, 1909. Obs. 226, J. S.

D... Maurice, 8 mois, admis à l'hôpital le 24 octobre 1909.

Débile, hypotrophique, ayant pesé à sa naissance (au début du 9^e mois de gestation) 2 kilogrammes, pesant actuellement 2 kgr. 780.

Élevé d'abord au sein, puis mis au biberon à cause du mauvais état général de la mère, qui présente de volumineuses adénopathies cervicales, vraisemblablement tuberculeuses.

L'enfant a présenté à l'âge de 5 mois 5 abcès sous l'aisselle et au cou, ayant duré trois semaines, n'ayant pas laissé de cicatrices permettant de préciser leur nature. Petits ganglions durs dans les deux aisselles ; pas de ganglions cervicaux perceptibles.

Depuis qu'il est au biberon (1 litre de lait de vache par jour, tétées toutes le 3 heures) l'enfant vomit à chaque tétée.

Depuis huit jours, plusieurs convulsions, limitées au yeux et à la face.

Au moment de l'admission, l'enfant est abattu, somnolent, le

égard fixe. Légère raideur de la nuque. Instabilité du pouls. Tension de la fontanelle. On note en somme les principaux signes cliniques d'une méningite en pleine évolution, dont l'existence et la nature tuberculeuse sont démontrées par la ponction lombaire (liquide clair fortement tendu, riche en lymphocytes, bacilles de Koch très nombreux).

La température à l'entrée est à 37°.

On ne trouve absolument rien à l'examen des poumons.

L'enfant meurt le 30 octobre avec les symptômes d'une méningite à forme somnolente et après une ascension thermique rapide à 39°.

AUTOPSIE. — Cerveau : Méningite basilaire typique, exsudat fibrineux épais enserrant le bulbe et l'origine des nerfs craniens, se prolongeant dans la scissure de Sylvius. Quelques granulations discrètes en plusieurs points de la convexité.

Poumons. — Granulie généralisée des deux poumons. *Au poumon gauche, caverne du volume d'une noix ayant évidé tout le sommet, occupant la moitié environ du lobe supérieur.*

Ganglions trachéo-bronchiques caséeux, les plus gros du volume d'une noisette, au voisinage du hile gauche.

Pas de tuberculose apparente des autres organes.

Obs. XXVI. — *Tuberculose généralisée. Lésions intestinales et mésentériques. Caverne pulmonaire au lobe supérieur droit. Tuberculose d'ingestion probable.*

Service du Dr Barbier, Hérold, 1909, n° 234, J. S.

Lec... Victorine, 13 mois, admise le 5 novembre 1909 : troubles dyspeptiques et bronchite.

Atrophique, d'hérédité inconnue, élevée au sein jusqu'à 1 an

au biberon depuis un mois. N'a jamais poussé; mais pas d'antécédents pathologiques.

Diarrhée depuis la suppression du sein.

Examen à l'entrée :

Enfant très maigre et anémié. Poids 5 kgr. 300.

Rachitisme léger.

Diarrhée muco-membraneuse; 3-4 selles vertes par jour.

Bronchite légère.

Quelques ganglions, de la grosseur d'une lentille, dans l'aiselle droite.

Température: 38°6.

9 novembre. — Mauvais état digestif. Selles très muqueuses, bilieuses, foncées.

Accentuation des signes pulmonaires; matité et retentissement du cri dans les fosses sus et sous-épineuses droites.

Température 39°.

13 novembre. — Très mauvais état général, malgré légère amélioration des signes digestifs.

Aggravation des signes pulmonaires, symptômes broncho-pneumoniques. Matité étendue du poumon droit.

Râles sibilants et sous-crépitants nombreux et plus étendus.

Apparition d'un souffle au sommet.

Dyspnée très marquée.

Pouls 150, température 39°, assez régulièrement élevée.

Apparition de signes méningés: cris incessants, contractures, etc.

16 novembre. — Purpura.

Méningite en pleine évolution.

Température 39°.

Décès dans la nuit du 17 au 18 novembre.

Poids à cette date : 4 kgr. 700.

AUTOPSIE le 19 novembre.

Poumon droit. — *Lobe supérieur* : Granulations grises « en bouquets » très nombreuses. Le parenchyme intermédiaire présente des lésions d'apparence broncho-pneumonique ; on y remarque en outre des travées d'apparence scléreuse. *A la partie inférieure du lobe, une caverne de la grosseur d'une noisette.*

Lobe moyen. — Même aspect de bouquet granuleux.

Lobe inférieur. — Lésions de congestion et d'hépatisation, granulations tuberculeuses disséminées.

Poumon gauche. — Au lobe supérieur : même aspect qu'au lobe supérieur droit.

Lobe inférieur : quelques granulations grises.

Ganglions trachéo-bronchiques. — Forment un énorme paquet au-devant des bronches et de la trachée, les plus volumineux au-devant et au-dessous de la bronche droite, caséifiés.

Foie. — Gras.

Mésentère. — Farci de gros ganglions caséeux (quelques-uns du volume d'une noix). Au voisinage de ces ganglions, tuberculose granulique du mésentère. Le reste du péritoine est macroscopiquement indemne. Pas d'ascite ni de fausses membranes.

A l'ouverture de l'*intestin* on trouve, de distance en distance, prédominant sur le gros intestin et sur la moitié inférieure du grêle des ulcérations tuberculeuses typiques, elliptiques, perpendiculaires à l'axe du conduit, plus arrondies sur le gros intestin, atteignant à ce niveau le volume d'une pièce d'un franc, avec bords irréguliers, mamelonnés, blanchâtres, décollés, à fond irrégulier, rougeâtre, et avec quelques points saillants jaunâtres,

ressemblant à des tubercules, le tout entouré d'une zone congestive légère.

Petite ulcération ovalaire au sommet de l'appendice congestionné.

Obs. XXVII — *R. Noyau caséux ulcéré du lobe moyen du poumon droit, gros retentissement ganglionnaire. Mort à 3 mois par granulie.*

Service du Dr Barbier. — Hérold, 1909, n° 8, G.

Lam... Augustine, 3 mois, admise le 8 février 1909 : arrêt de développement.

Seule enfant de père bien portant; mère chétive, mais n'ayant pas eu de maladie sérieuse avant sa grossesse, pendant laquelle elle a eu de l'albumine ; depuis, 2 abcès du sein dont l'un suppure encore.

Enfant pesant 2 kgr. 600 à la naissance, élevée moitié au sein, moitié au biberon avec différents laits, n'a augmenté que de 160 grammes (Poids actuel 2 kgr. 760), en trois mois. Ne vomit pas, mais selles abondantes, glaireuses, verdâtres.

L'examen montre en outre :

Ventre gros, légèrement tendu.

Foie non débordant.

Légère dyspnée.

Toux grasse, rare.

Submatité au sommet droit.

Souffle hilaire du même côté.

Râles de bronchite aux deux poumons.

Quelques ganglions cervicaux.

Conjonctivite légère œil gauche.

Légère rhino-pharyngite.

Température le 8 février au soir : 37°

— le 9 — matin : 38°4

— le 9 — soir : 37°2

— le 10 — matin : 38°6

— le 10 — soir : 37°

Ce type inverse disparaît par la suite pour faire place à une température voisine de 38°.

12 février. — Disparition des râles de bronchite. Submatité persistante du sommet droit. Souffle du côté droit.

14 février. — Température 39° le matin, 37°6 le soir.

Accentuation et extension du souffle du sommet droit.

16 février. — Température légèrement oscillante à type inverse : 39° le soir, 38°2 le matin.

Toux fréquente, refuse le sein.

Gros râles de bronchite et souffle au sommet droit.

Mort le 17 février.

Poids à cette date : 2 kgr. 670.

AUOPSIE le 19 février. — Enorme masse ganglionnaire trachéo-bronchique caséuse englobée dans un tissu dense de médiastinite calleuse ; 3 ganglions caséux isolés sur le trajet du récurrent.

Dans les deux poumons, granulations innombrables du volume d'une tête d'épingle ; dans le lobe moyen du poumon droit elles sont plus volumineuses, et au milieu d'elles on trouve à ce niveau un *noyau caséux ramolli en son centre*.

Foie gras, pâle, avec quelques fines granulations.

Rate grosse, quelques petites granulations.

Reins, paraissent augmentés de volume, pâles à la coupe, quelques fines granulations. Ganglions mésentériques caséux.

Obs. XXVIII. — *Broncho-pneumonie cavernuleuse. Hérité tuberculeuse. Granulie généralisée après une coqueluche. Mort à 8 mois 1/2.*

Service du Dr Barbier. — Hérôld, 1909, n° 22 cr.

Cail... Auguste, 8 mois, admis le 29 mars 1909 : atrophie ; toux persistante, suite de coqueluche.

Né à terme, bien portant jusqu'à sa coqueluche, élevé au sein maternel. Le père serait bien portant. La mère présente à l'auscultation des signes de tuberculose non douteuse au sommet droit (matité, abolition presque complète du murmure vésiculaire et des régions sous-clav., sus et sous-épineuse, avec quelques craquements en arrière) ; elle a eu dix grossesses, terminées par deux fausses couches, un accouchement prématuré au septième mois (mort-né) et 7 accouchements à terme : il reste en plus du jeune C... 3 enfants vivants, qui seraient bien portants ; 3 autres sont morts, l'un de croup, les 2 autres d'accidents pulmonaires.

Examen. — Enfant pâle, amaigri. Poids 5 kgr. 430.

Légèrement dyspnéique.

Toux grasse, quinteuse, persistant depuis la coqueluche (2 mois avant l'admission)

Matité accentuée du sommet droit.

Dans tout le poumon droit, murmure vésiculaire presque aboli et nombreux râles sous-crépitaux.

Du même côté : souffle hilaire.

Dans l'aisselle *id.* souffle fort, à timbre presque amphorique avec bouffées de râles sonores à la fin de l'inspiration. Ces signes font penser à une tuberculose ouverte.

Adénopathie axillaire, inguinale ; quelques ganglions cervicaux.

Rate augmentée de volume.

Rhino-pharyngite légère.

Selles liquides, verdâtres, non fétides.

Température 38°. L'enfant est sevré.

1^{er} avril. — Mêmes signes d'auscultation à droite.

A gauche en arrière râles sous-crépitaux nombreux.

Diminution du murmure vésiculaire.

Dyspnée très prononcée.

Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Mauvais état digestif : selles mal digérées, grumuleuses, jaunâtres, non fétides. L'enfant refuse le biberon.

Température : le 30 : 37°9, 38°6 ; le 31 : 37°6, 37°8 ; le 1 avril : 38°9, 38°.

5 avril. — Très mauvais état général.

Dyspnée extrême.

Gros râles humides, plus nombreux à la fin de l'inspiration, dans toute la hauteur des deux poumons.

Râles sonores à la base gauche.

Selles liquides, diarrhéiques, jaunâtres.

Amaigrissement. Poids 5 kgr. 100.

Température : chute à 37°2 le 2 avril, puis réascension progressive à 39°.

6 avril. — Asphyxie progressive.

Température 40°.

Décès le 7 avril.

AUTOPSIE. — Le 8 avril.

Chaîne ganglionnaire cervicale caséuse rejoignant la chaîne médiastinale.

Gros ganglions caséux (quelques-uns de la grosseur d'une amande) dans le groupe trachéo-bronchique droit, engainant les gros vaisseaux. Ganglions interbronchiques, sus et sous-bronchiques gauches, également tuberculeux mais moins volumineux et non ramollis.

Poumon droit — Tubercules gris disséminés dans toute la hauteur des trois lobes, réunis en bouquets à la base et au sommet, très denses surtout au *lobe supérieur*. *A la partie inférieure de celui-ci*, au milieu d'un bloc de *broncho-pneumonie caséuse, caverne du volume d'une noisette* ; *à sa partie supérieure, une autre caverne, un peu plus volumineuse, avec un prolongement vers l'aisselle, devenant presque sous-pleural.*

Poumon gauche. — Congestion diffuse avec quelques zones d'apparence emphysémateuse.

Granulie très intense et très serrée. En plusieurs points tubercules gros en voie de caséification.

Foie. — Quelques tubercules sous-séreux.

A la coupe, foie dégénéré, couleur hortensia, pas de granulations visibles.

Rate. — Quelques granulations.

Obs. XXIX. — *Hérédité tuberculeuse. Hérédo-syphilis probable. Mort à 7 mois. Grosse caverne du sommet droit.*

Service du Dr Barbier. — Hérol, 1909. Crèche, n° 28.

Si..., Germaine.

Est amenée parce qu'elle tousse depuis un mois.

Antécédents personnels. — Née à terme. Pesait 4 kgr. 100 à la naissance.

Depuis a peu augmenté et *maigrit depuis un mois*.

Allaitement mixte : la mère absente la journée ne nourrit au sein que la nuit. Pas de troubles digestifs.

Antécédents héréditaires. — *Père mort il y a trois mois de tuberculose chronique pulmonaire.* Mère ne toussé pas (cependant est bacillaire) et autres enfants bien portants.

Examen. — Enfant pâle. Poids : 5 kgr. 230, ne présente pas de signes d'hérédosyphilis.

Présente une toux sèche, quinteuse,

Poumon : *Sommet droit* : matité. Respiration soufflante et quelques râles à la fin de l'inspiration.

En avant : submatité et quelques râles également à la fin de l'inspiration.

Adénopathie inguinale et axillaire (grosueur d'une lentille).

Selles : liquides, jaunâtres.

Auscultation de la mère :

Poumon droit. — Matité au sommet droit en avant et en arrière. Diminution du murmure vésiculaire.

Présente une éruption généralisée datant de trois mois, papulo-maculeuse, desquamante ; au centre décoloré et déprimé et surtout pigmentation jaune et cuivrée. On pense à une roséole ; la malade nie tout accident primitif, l'examen des organes génitaux externes ne révèle rien ; l'examen de la gorge montre simplement de la rougeur des piliers.

23 juillet. — Élévation de température. Enfant agité, bouche ouverte, lèvres, langue sèches. Même foyer au sommet droit avec râles dans la poitrine. Pas de vomissements. Selles liquides, brunâtres. Depuis trois jours présente de l'otorrhée du côté gauche, survenue sans phase aiguë : pus jaunâtre, épais, sans odeur.

27 juillet. — L'enfant est à peu près dans le même état.

Du côté de la mère, l'éruption, à la suite de bains sulfureux, a diminué.

12 août. — Persistance du foyer droit. État général : l'enfant maigrit depuis son entrée.

Intradermo : $\left\{ \begin{array}{l} \text{Mère} \\ \text{Enfant} \end{array} \right\}$ Positive nettement.

Selles mal digérées.

L'enfant continue à maigrir. Oscillations fébriles.

Même foyer droit avec râles dans toute la poitrine.

AUTOPSIE : Adhérences pleurales.

Caverne tuberculeuse, ayant envahi tout le lobe supérieur du poumon droit. Ganglion supérieur du groupe trachéo-bronchique droit : caséux. Le reste : hypertrophié.

Foie ayant subi la dégénérescence graisseuse. Rien dans les reins ni sur la rate.

Obs. XXX. — *Caverne ancienne avec réaction scléreuse au lobe supérieur du poumon droit. Broncho-pneumonie tuberculeuse terminale à 15 mois.*

Service du Dr Barbier, Héroid, 1910, 67, J. S.

Ch... Paul, 15 mois, entré le 4 mars 1910 : toux, fièvre, mauvais état général.

Né à terme, élevé au sein jusqu'à 4 mois, puis au lait de vache; bien portant, sauf une poussée d'impétigo, jusqu'à un an.

Depuis six semaines environ l'enfant est malade, souffrant

d'une « grippe », compliquée, depuis une quinzaine, d'une broncho-pneumonie sans tendance à l'amélioration. Toux fréquente et température élevée. Depuis quatre jours enfant très abattu, refusant toute nourriture. Pas de convulsions, ni vomissements, ni diarrhée.

Mère bien portante; un autre enfant mort à 4 mois d'entérite.

Père mort de tuberculose pulmonaire il y a six mois à l'âge de 29 ans.

Examen. — Enfant chétif, au-dessous du poids normal, 6 kgr. 650.

Rachitisme léger.

Infection du cuir chevelu. Otite double.

Ganglions axillaires bilatéraux, durs, de la grosseur d'une lentille.

Toux grasse, fréquente.

A la percussion du thorax : submatité de la moitié sup. du poumon droit en arrière.

A l'ausc. : souffle, non accompagné de râles, s'entendant dans les fosses sus et sous-épineuses et à la région sous-claviculaire.

Pouls petit, rapide (140) inégal et irrégulier.

Température : 40°. État digestif bon.

7 mars. — Aggravation très rapide.

Abattement et oppression extrêmes. Tirage sus et sous-sternal très intense. Teint plombé, lèvres sèches, fuligineuses.

Pouls rapide et irrégulier.

Souffle du sommet droit avec les mêmes caractères et retentissement du cri à ce niveau

Râles humides nombreux dans les deux poumons, avec prédominance à droite.

Mort dans la soirée.

AUTOPSIE, 9 mars.

Poumon droit. — Adhérences très fortes des lobes moyen et supérieur entre eux; les lèvres de la scissure sont complètement soudées et difficilement dissociables. *A la partie antérieure du lobe supérieur, caverne du volume d'une amande ouverte dans une grosse bronche; les parois de la caverne ressemblent à celle d'une caverne en voie de guérison; elle est entourée de parenchyme sclérosé, avec quelques dilatations bronchiques.* Dans les deux lobes supérieur et moyen, surtout à leur partie antérieure, *plusieurs nodules caséux, durs à la palpation, mais laissant sourdre à la coupe du caséum ramolli.* Dans le lobe moyen *zones sclérosées avec dilatations bronchiques.*

Poumon gauche. — Tubercules sous-pleuraux. Lésions de broncho-pneumonie caséuse au niveau des lobes supérieur et moyen.

Ganglions sus-bronchiques gauches caséux, les autres infiltrés, mais non ramollis.

Pas de granulations apparentes sur le péritoine, ni à la coupe des différents viscères abdominaux.

L'examen histologique, pratiqué par M. Lian, a montré de multiples amas caséux tant dans la caverne elle-même qu'à son voisinage. L'examen des masses caséuses des lobes supérieur et moyen droits a montré autour d'un centre nécrosé entouré d'une zone d'abondante infiltration lymphoïde une mince coque fibreuse; au voisinage de ces masses, petites bronches dilatées, sans sclérose autour des dilatations, entourées seulement de tissu infiltré.

Obs. XXXI. — *Pneumonie caséuse excavée chez une enfant de 17 mois.*

Service du Dr Barbier (Héroid, 1910, n° 73, J. S.).

W.. Jeanne, 17 mois, admise le 7 mars 1910 avec le diagnostic de broncho-pneumonie.

Enfant très anémiée et amaigrie, malade depuis deux mois.

Dyspnée intense, progressivement accentuée depuis le début de la maladie. 60 respirations par minute.

Abattement très prononcé.

Toux fréquente.

Crachats abondants, muco-purulents, encombrant l'arrière-gorge à chaque secousse de toux.

Examen thoracique :

Matité de la fosse sous-claviculaire et des fosses sus et sous-épineuses droites.

A l'auscultation. — En avant, sous la clavicule droite, *souffle à timbre cavitaire avec râles humides très nombreux; véritable gargouillement.*

En arrière. — Souffle de la région hilaire avec gros râles humides à droite.

Aux bases, nombreux râles sous-crépitants, murmure vésiculaire conservé.

Température 39°. Pouls 120.

Poids de l'enfant : 6 kgr. 850.

L'examen des crachats y révèle la présence de *bacilles de Koch* très nombreux.

12 mars. — IDR pratiquée le 10 est encore négative.

Température assez régulière au voisinage de 39°.

Mêmes signes locaux. Oppression intense.

Très mauvais état général. Amaigrissement rapide.

15 mars. — Décès.

Température des jours précédents entre 39° et 39°5.

Poids 6 kgr. 080.

AUTOPSIE 16 mars 1910.

Poumon droit. Adhérences des scissures.

Volumineuse masse caséuse sous-pleurale correspondant à un foyer caséux occupant presque tout le lobe moyen. Dans cette masse (pneumonie caséuse) on note trois cavernes, la plus petite du volume d'un pois, la plus grosse du volume d'une noisette, siégeant à la partie supérieure du lobe.

Le reste du poumon est le siège d'une infiltration tuberculeuse diffuse avec nombreux nodules caséux.

Poumon gauche. — Granulations très nombreuses en voie de confluence. A la base, foyer de pneumonie caséuse.

Foie. — Congestionné et gras. Tubercules sous capsulaires.

Rate. — Irrégulière, quelques tubercules superficiels.

Reins. — Pâles, pas de granulations apparentes.

Ganglions mésentériques peu développés sans lésions apparentes.

Obs. XXXII. — *Broncho-pneumonie cavernuleuse d'évolution silencieuse. Mort à 1 an, de méningite.*

Service du Dr Barbier, Hérold, 1910, n° 138, J. S.

M... Alice, un an, admise le 9 mai 1910 à la phase terminale d'une méningite tuberculeuse.

Née à terme, nourrie au sein par la mère jusqu'à 11 mois,

moment auquel elle a été envoyée à la campagne. Parents paraissant bien portants.

L'enfant qui était en nourrice et jusque-là bien portante a commencé à maigrir sans raison apparente depuis quelque temps, et, depuis huit jours, est devenue triste, mangeant peu, dormant mal et présentant par intervalles des quintes de toux grasse. En même temps on remarquait le soir une élévation de la température et l'amaigrissement s'accroissait.

Examen le 9 mai 1910 :

Enfant pâle, amaigrie. Dyspnéique, respiration irrégulière.

Cyanose assez marquée des lèvres et des extrémités.

Regard fixe, léger strabisme interne de l'œil droit ; par moments véritables convulsions oculaires.

Ébauches de convulsions des membres.

Pas de tension des fontanelles.

Pas de constipation ni vomissements.

Pas de troubles vaso-moteurs appréciables.

Les réflexes paraissent normaux.

A l'examen du poumon, on note :

Submatité du sommet gauche, surtout marquée à la partie externe de la fosse sus-épineuse. A ce niveau, à l'auscultation, souffle léger avec râles sous-crépitaux fins.

Pouls rapide et irrégulier.

Température : 38°.

Poids : 5 kgr. 700.

10 mai. — Ponction lombaire : liquide clair non hypertendu, riche en lymphocytes. Température 38°6-39°.

11 mai. — Convulsions généralisées à deux reprises dans le courant de la nuit.

Strabisme plus accentué, photophobie ; décubitus en chien de fusil. Abattement très marqué.

Vomissements depuis hier, en fusée, à type de vomissements cérébraux. Selles normales.

Mêmes signes pulmonaires.

Pouls rapide et irrégulier. Température matin, 38°3, soir 39°4.

Décès dans la nuit du 11 au 12 mai.

AUTOPSIE le 13 mai 1910.

Cerveau. — Vascularisation intense des méninges.

Granulations confluentes en plusieurs points, le long de la syl-vienne.

Poumons. — Dans les deux poumons : granulations à divers stades de développement, les unes isolées, d'autres réunies en bouquet gris, en arborisations grisâtres, quelques-unes formant des foyers en voie de caséification. Ces tubercules « en bouquet » sont parsemés dans tout le parenchyme pulmonaire.

Le *poumon droit* porte en plusieurs points des lésions plus accentuées.

Au *sommet*, au milieu de zones de tissu non congestionné et présentant tous les caractères du poumon emphysémateux, existent des noyaux durs au toucher et qui à la coupe reproduisent l'aspect des bouquets gris disséminés dans les deux poumons, mais *sous forme de cavernules*, donnant, avec le tissu pulmonaire interposé, l'aspect d'un *tissu spongieux*. Les cavernules ainsi formées sont tantôt complètement vides, tantôt elles contiennent une plus ou moins grande quantité de matière caséuse plus ou moins liquéfiée.

Le *lobe moyen du poumon droit* présente çà et là des zones

d'emphysème; et l'on note à sa partie centrale une *caverne volumineuse des dimensions d'une noix*

Ganglions trachéo-bronchiques. — Volumineux, caséifiés.

Foie, gros, congestionné, granulations sous-capsulaires.

Obs. XXXIII. — *Grosse caverne du poumon gauche d'évolution presque muette. Méningite terminale à 1 an*

Service du Dr Barbier, Héroid, 1910, 148, J. S.

M... Charles, un an, entré le 18 mai, salle Jules Simon, anorexie et amaigrissement depuis une quinzaine de jours.

Enfant élevé au sein, sevré récemment à cause de l'état de santé de la mère. Bien portant en apparence jusqu'à ces derniers temps.

Quelques taches éruptives sur les bras et le tronc laissent à penser qu'il est au décours d'une rougeole, d'autant plus que trois frères et sœurs de l'enfant viennent d'être atteints ou sont atteints de cette maladie, dont les suites ont été mortelles pour deux d'entre eux âgés respectivement de 12 et de 4 ans.

La mère de l'enfant est tuberculeuse avérée, soignée à Tenon, où on lui a conseillé de sevrer son enfant. Le père est également tuberculeux.

Examen le 18 mai:

Enfant pâle, amaigri, pesant la moitié du poids normal de son âge, 6 kilogs. Chairs flasques, peau sèche.

Quelques ganglions inguinaux, bilatéraux, durs, mobiles, chacun du volume d'une noisette.

Trois ganglions du volume d'une lentille dans l'aisselle gauche, durs et mobiles.

Otite gauche, écoulement jaune, fétide, abondant.

L'enfant ne tousse pas, et ne présente pas de troubles digestifs malgré le sevrage brusque récent.

Examen des poumons :

A gauche, fosse sus-épineuse : Matité. Retentissement du cri qui va en s'accroissant vers le hile. Pas de modification du murmure vésiculaire. Quelques râles fins.

Dans l'aisselle, auscultation normale.

Fosse sous-claviculaire, murmure vésiculaire normal. Quelques râles fins.

A droite, fosse sus-épineuse : auscultation normale de l'aisselle, respiration soufflante avec quelques râles.

L'examen du cœur, du foie, de l'appareil digestif et des premières voies ne révèle rien d'anormal.

Température 37°. Pouls à 128.

L'enfant aurait des sueurs chaque soir vers 5 heures.

21 mai. — I. D. R. négative.

La température est montée progressivement à 39°.

Même état général et local.

Écoulement d'oreille très fétide.

L'enfant reste dans le même état, dépérissant lentement (poids à cette date 5 kgr. 570), mais ne présentant ni du côté de l'appareil digestif ni du côté de l'appareil pulmonaire aucun symptôme nouveau, lorsque apparaissent assez brusquement les signes d'une méningite tuberculeuse, à laquelle l'enfant succombe le 28 mai.

AUTOPSIE, 30 mai 1910.

Thymus tuberculeux volumineux comprimant les organes voisins, trachée, carotide. phréniques droit et gauche.

Ganglions médiastinaux nombreux et volumineux (petite

noix), caséifiés, les plus volumineux occupant le groupe sus-bronchique gauche. Des deux côtés leur chaîne se continue avec les ganglions de la chaîne cervicale, également caséeux, mais moins volumineux (lentille).

A la partie postérieure des espaces intercostaux gauches deux ganglions caséeux du volume d'un pois.

Granulations tuberculeuses sur la plèvre pariétale du même côté.

A la partie moyenne du lobe supérieur du poumon gauche : caverne, remplie de pus, du volume d'une mandarine.

Cœur. — Quelques épaissements péricardiques à la pointe et à l'origine des gros vaisseaux.

Légère endocardite mitrale.

Foie gras. Reins d'apparence normale.

Gros ganglions mésentériques caséeux, plusieurs du volume d'une noix.

L'intestin, et en particulier l'appendice, paraissent sains.

Cerveau. — Tubercules caséeux nombreux sur la convexité et surtout au niveau du sillon de Rolando.

A la base, exsudats fibrineux épais au niveau du chiasma.

Exsudats abondants également dans la scissure interhémisphérique. Ces exsudats contiennent des bacilles de Koch extrêmement nombreux.

Obs. XXXIV. — *Broncho-pneumonie chronique scléreuse avec masses caséuses en voie d'élimination. Dilatations bronchiques. Association probable de tuberculose et de syphilis chez un enfant mort avec des signes broncho-pneumoniques à 16 mois.*

Service du Dr Barbier, Hérault, 1911, T. n° 7.

Déjà... Armand, 16 mois, amené le 13 janvier parce qu'il tousse et dépérit.

Seul enfant de parents en apparence bien portants.

Né avant terme, à 8 mois, à la suite d'une chute de la mère.

Élevé au sein jusqu'à l'âge de 8 mois, puis au biberon.

Bien portant jusqu'à 14 mois ; depuis deux mois, a commencé à être moins gai, à changer d'aspect, à dépérir.

On remarque à ce moment une augmentation de volume du coude gauche, on met un plâtre que l'enfant garde un mois et demi.

Conjonctivite depuis une semaine.

Durant les deux derniers mois, l'enfant a considérablement maigri. Poids à l'entrée : 6 kgr. 300.

Enfant très anémié, pâle et décoloré, gémissant continuellement.

Rachitisme léger. Chapelet costal. Début de scoliose.

Augmentation de volume très appréciable du coude gauche, sans phénomènes douloureux marqués et sans limitation des mouvements.

Appareil pulmonaire. — Toux fréquente, provoquée par les mouvements.

Percussion :

Poumon droit. — Sonorité diminuée dans les fosses sus et

sous-épineuses et jusqu'à la base en arrière, normale en avant.

Poumon gauche. — Sonorité diminuée dans la fosse sous-épineuse. Submatité légère sous la clavicule ; sonorité normale dans le reste du poumon.

Auscultation. — Foyers de souffle et de râles fins disséminés dans les deux poumons :

Au sommet gauche. — Respiration soufflante avec quelques râles sous-crépitants et retentissement de la voix, en avant et en arrière.

Foyers analogues à la partie externe de la fosse sous-épineuse droite, vers l'aisselle et à la base droite.

L'examen des autres appareils ne révèle rien de particulier, sauf une légère augmentation du volume du foie.

Etat digestif satisfaisant.

Conjonctivite double ; paupières collées, conjonctives fortement injectées, enflammées.

Température : 13 janvier . . . 39°

— 14 — matin 38°, soir 40°

— 15 — matin 39°, soir 39°

16 janvier. — Râles nombreux dans les deux poumons.

Au sommet gauche, râles humides avec gorgouillement.

Dyspnée plus accentuée. Température 38°6-39°6.

Etat général très mauvais.

I. D. R. + .

17 janvier. — Râles humides dans toute la hauteur des deux poumons, plus nombreux au sommet gauche.

Dyspnée très accentuée (64).

Pouls rapide. — Enfant très affaibli. Température 39°8.

18 janvier. — Respiration 80. Température 40°8. Pouls 150.

Cyanose. Râles extrêmement nombreux, à timbre humide, dans les deux poumons. Signes cavitaires au sommet gauche. Vous sure à la partie moyenne du poumon gauche (?)

L'enfant meurt dans la nuit après une élévation thermique à 41°6.

Poids au décès 6 kgr. 150.

AUTOPSIE le 20 janvier 1911.

Gros paquet ganglionnaire trachéo-bronchique. Quatre ganglions caséifiés, volumineux.

Poumon droit. — Exudats fibrineux blanchâtres, épais, sur les bords des scissures interlobaires ; au sommet fausses membranes particulièrement épaisses ressemblant à des exsudats de pleurésie purulente.

Foyers broncho-pneumoniques typiques, à surface lisse, avec ecchymoses sous-pleurales, à la partie antérieure du lobe supérieur.

Le lobe moyen est également le siège de plusieurs foyers de broncho-pneumonie. Les petites bronches laissent sourdre du pus.

Lobe inférieur ; épaississement pleural à la face postérieure. Splénisation diffuse. Bronches dilatées laissant sourdre un pus verdâtre épais.

Le tissu pulmonaire est sillonné de fines travées fibreuses, qui lui donnent une apparence sclérosée, et au toucher une consistance indurée. La plèvre a de même un aspect chagriné ; elle paraît épaissie par l'effet d'un processus chronique.

Poumon gauche. — Plèvre épaissie, blanchâtre, chagrinée (processus chronique). Dans l'interlobe, pleurésie adhésive avec fausses membranes rouges.

Le lobe supérieur est le siège d'un vaste foyer de broncho-

pneumonie, et creusé de multiples cavités du volume d'un pois à celui d'une noisette, laissant échapper des blocs de matière caséuse plus ou moins ramollie.

Au lobe inférieur : trace de sclérose et dilatations bronchiques. Quelques granulations fines disséminées dans les deux lobes.

Rate. — Quelques tubercules et granulations jeunes.

Foie. — Gras ; quelques granulations sous-capsulaires. Ganglions mésentériques d'apparence normale.

La recherche du bacille de Koch au microscope dans le pus des bronches et dans les masses caséuses, a été négative.

Obs. XXXV. — *Résumé.* — *Hérédité tuberculeuse. Atrophie. Bronchite tenace. Présence de bacilles de Koch dans l'expectoration. Phase aiguë terminale avec broncho-pneumonie et phénomènes méningés (13 mois). Caséification pulmonaire très marquée, broncho-pneumonie cavernuleuse à droite, caverne volumineuse par fonte de pneumonie caséuse à gauche. Adénopathie caséuse médiastinale et mésentérique*

Service du Dr Barbier, Hérold, 1911, n° 45, J. S.

L'enfant J... L. est amené à l'hôpital Hérold, le 17 mai 1911 parce qu'il tousse et dépérit. Il est âgé d'un an.

Il a fait, cinq mois auparavant, une broncho-pneumonie dont il ne s'est jamais bien guéri. La toux a persisté depuis cette époque ; de plus, l'enfant, dont le poids semble avoir été normal auparavant, a commencé à maigrir de façon inquiétante.

Actuellement on se trouve en présence d'un malade très amaigri, pesant 4 kgr. 950, abattu et pâle.

Température 38°.

Pas de dyspnée notable. *Toux fréquente*, tantôt grasse, tantôt sèche et quinteuse.

A l'examen on trouve :

Poumon droit. — Matité des fosses suset sous-épineuse, souffle à la base.

Poumon gauche. — Au sommet : submatité, respiration diminuée, retentissement du cri, quelques râles humides.

A la base : matité, râles souscrépitants.

Par ailleurs, peu de choses à signaler :

Quelques ganglions axillaires.

S. de rachitisme : chapelet costal, tibias incurvés, bosses frontales saillantes.

Déformation vertébrale, le segment dorsal faisant une saillie assez marquée, arrondie, non douloureuse.

La mère de l'enfant est tuberculeuse avancée ; le père paraît sain. Quatre autres enfants vivants d'apparence chétive, mais sans histoire pathologique.

Dans les jours qui suivent on note :

24 mai. — Atténuation des signes de la base droite.

Râles de bronchite, retentissement du cri au sommet gauche. L'enfant boit difficilement. Toux très fréquente. Température matin 37° 5 ; soir 38°

27 mai. — Toux fréquente, quinteuse et grasse.

Quelques bacilles de Koch dans l'expectoration. Température matin 38° 2 ; soir 38° 4.

28 mai. — Même état. Température matin 39° ; soir 38° 8.

30 mai. — I. D. R. faiblement positive.

Anémie de plus en plus marquée. Dysphagie. Température le 29 : matin 39° 5, soir 38° 8 ; le 30 matin 38°, soir 39° 8.

1^{er} juin. — Température matin et soir 38°. Apparition de signes méningés : paralysie faciale gauche à type périphérique, myasthus horizontal, agitation.

Diarrhée légère. Pas de vomissements.

L'enfant meurt le 9 juin avec le même ensemble de symptômes : toux grasse et quinteuse persistante, cachexie progressive (anémie et amaigrissement rapides) l'enfant pèse la veille de sa mort 3 kgr. 900, ayant donc perdu 1.050 grammes en 20 jours), température irrégulière (oscillant les derniers jours entre 38° et 39°), et accentuation des phénomènes méningés.

AUTOPSIE. — *Gros ganglions* caséux, les uns superficiels, en avant du tronc veineux brachio-céphalique gauche, les autres plus profonds masquant complètement la trachée et la bifurcation bronchique, l'œsophage. L'aorte passe en tunnel au milieu de cette grosse masse ganglionnaire. Les ganglions les plus volumineux appartiennent aux groupes intertrachéo-bronchique et prétrachéo-bronchique droit. Gros ganglions également s'enfonçant dans le poumon avec les organes du hile. Toute la masse est adhérente aux poumons (médiastinite calleuse).

Poumon gauche. — Au tiers supérieur dans un bloc de pneumonie caséuse, *caverne volumineuse* pleine de débris en voie de caséification avancée.

Tout le reste du poumon est farci de nombreux tubercules ramollis.

Poumon droit. — Lésions moins accentuées qu'à gauche ; elles représentent la *forme cavernuleuse disséminée* au début de la période d'ulcération ; tubercules en choux-fleurs nombreux, les uns au stade de tubercule gris confluent, d'autres simplement caséux, d'autres enfin en voie de ramollissement, formant par places déjà de *petites cavernules*.

Gros et nombreux ganglions mésentériques caséux.

Hypérémie méningo-encéphalique. — Aspect opalin de la

pie-mère. Hypertension céphalo-rachidienne. Pas de granulations méningées visibles.

Obs. XXXVI. — *Tuberculose pulmonaire apyrétique chez un atrophique hérédo-syphilitique et hérédo-tuberculeux. Caverne de la base du poumon gauche. Mort à 22 mois.*

Service du D. Barbier. — Hérold, 1911, n° 76, J. S.

Cout... Georges, 19 mois, amené à l'hôpital Hérold le 17 juillet 1911 pour diarrhée, vomissements, arrêt de développement.

Type d'atrophique hérédo-syphilitique et rachitique.

Facies et crâne caractéristiques : aspect simiesque, bosses frontales saillantes, nez en lorgnette, cheveux implantés bas sur le front, fontanelles largement ouvertes, dents irrégulièrement implantées et malformées, cicatrice rayonnée au pourtour des lèvres. Papules légèrement érodées à la paupière inférieure. Coryza abondant et persistant. Cicatrice au voisinage de l'anus. Aux membres épaississement notable des principales épiphyses ; gros ganglion épitrochléen de consistance ferme, du volume d'une petite noix. Testicules durs. Pas de grosse rate. Système nerveux en apparence normal.

Enfant très anémié et atrophique. Poids 6 k. 200, selles verdâtres, semi-liquides, trois par vingt-quatre heures.

On ne signale rien de particulier touchant l'appareil respiratoire. Température normale (37°2).

Cependant l'enfant est depuis sa naissance sujet aux bronchites ; a eu la coqueluche.

Son père est manifestement tuberculeux, la mère est d'apparence bien portante.

Le 21 juillet. — Ascension thermique à 38°, puis à 38°6 le 22, après rémission matinale, puis à 39°5 et 39°8 les 23 et 24 juillet.

A ce moment on note, outre la persistance d'une diarrhée légère et la réapparition des vomissements, la présence d'un *foyer congestif avec submatité, retentissement du cri et respiration soufflante* au sommet droit.

Ces symptômes s'atténuent légèrement les jours suivants ; la température revient à la normale après quelques jours de fièvre irrégulière.

Jusqu'au 23 août, état stationnaire.

Température presque constamment normale ; on note seulement quelques élévations vespérales à 37°5 ou 37°8.

Anémie très accentuée. Hémoglobine 60 %.

Etat digestif meilleur ; selles moins liquides, bon appétit. Mais baisse de poids notable : 5 k. 550 le 23 août.

Les signes pulmonaires sont à cette date les mêmes que le 23 juillet. Toux fréquente.

I. D. R. négative.

Traitement. — Mercure éteint. Hémoglobine. Protoxalate de fer. Régime de sevrage.

Le 23 août. — Elévation thermique en clocher (39°) avec reprise de la diarrhée pendant près d'une semaine (23 au 30 août).

Puis, jusqu'au décès de l'enfant (24 septembre) température remarquablement constante, restant à 37° ; la courbe thermique ne présente pendant ces quatre dernières semaines que quatre crochets vespéraux à 37°4 et 37°5.

Au début de septembre, on note l'accentuation de la toux et

des signes pulmonaires qui sont ceux de la bronchite généralisée avec condensation du sommet droit.

C'est avec ces symptômes que l'enfant meurt, le 24 septembre, de cachexie et d'anémie progressive, pesant à cette date 4 kgr. 950, ayant par conséquent fondu de 1.250 grammes en neuf semaines.

Autopsie. — Lésions tuberculeuses très étendues :

Poumon droit. — *Adhérences pleurales*, pariétales et scissurales : les 2 scissures sont complètement soudées. Au sommet une dizaine de tubercules crus, de la grosseur d'une tête d'épingle. A la base, congestion légère.

Poumon gauche. — Sur sa face médiastine, au-dessous de la scissure, semis de tubercules sous-pleuraux en voie de caséification. Sur sa face diaphragmatique, quelques tubercules crus. *Sur la face postérieure, à la partie supérieure du lobe inférieur, petite caverne superficielle du volume d'une noisette.*

Ganglions trachéo-bronchiques. — Les uns durs, d'apparence scléreuse, les autres volumineux et caséifiés. Quelques ganglions prévertébraux petits et durs.

Foie. — Ferme à la coupe, jaune luisant, d'apparence grasseuse.

Examen histologique (Lian) : dégénérescence grasseuse très intense à maximum périportal. Légère sclérose.

Rate et reins normaux.

Obs. XXXVII. — *Broncho-pneumonie tuberculeuse avec caverne du sommet gauche. Mort à 13 mois.*

Service du Dr Barbier, Hérold, 1911, n° 91, J. S.

Ber... Léone, 12 mois, entrée le 6 octobre 1911 avec le diagnostic de coqueluche.

Pendant son séjour dans le service, l'enfant présente des accès

de toux, survenant 10 à 15 fois par vingt-quatre heures, consistant en de petites secousses expiratoires précédées d'une période d'agitation puis de cyanose brusque. L'accès dure en tout une minute au plus ; il n'y a pas de reprise.

Après l'accès, l'enfant très congestionnée reste anéantie pendant plusieurs minutes.

Fièvre très élevée (39°).

État général très grave dès l'entrée.

Comme signes physiques : Matité aux deux sommets et à la base droite.

Expiration soufflante à la partie supérieure du poumon droit, surtout au voisinage du hile. Quelques râles sous-crépitaux au sommet gauche.

Les quintes de toux continuent pendant plusieurs jours avec les mêmes caractères. Puis elles font place à des accès de suffocation de plus en plus fréquents.

Les signes physiques pulmonaires restent identiques.

La fièvre est très irrégulière, tantôt très élevée (40°) tantôt au voisinage de 38°. Au début de novembre escarre sacrée à extension rapide.

L'enfant, de plus en plus cachectique et cyanosée, meurt le 19 novembre dans un accès de suffocation.

AUTOPSIE. — *Poumon droit.* — Lésions typiques de *broncho-pneumonie tuberculeuse* : le poumon tout entier est criblé de nodules miliaires en vue de *caséification* ; tubercules plus volumineux en vue de ramollissement à la base du lobe supérieur.

Poumon gauche. — Mêmes lésions (broncho-pneumonie tuberculeuse diffuse) plus quelques tubercules plus gros à la base du

lobe supérieur (terminaison inférieure de la scissure). En outre *caverne, du volume d'une noisette, occupant le pôle supérieur,*

Obs. XXXVIII. — *Broncho-pneumonie cavernuleuse subaiguë suite de rougeole. Enfant mort à 2 ans. Hérité tuberculeuse et syphilitique.*

Service du Dr Barbier, Hérold, 1911, S. 133.

Enfant ayant séjourné sept semaines dans le service, entré le 5 décembre 1911, décédé le 23 janvier 1912. Age au moment du décès : 2 ans.

Amené à l'hôpital pour toux et fièvre.

Enfant né à terme, élevé au sein jusqu'à l'âge de 18 mois ; père mort tuberculeux.

Convalescent de rougeole ; bronchite persistante depuis sa sortie de l'hôpital Trousseau où il était soigné. Aggravation depuis quelques jours ; fièvre, oppression.

Examen 5 décembre 1911 :

Enfant pâle, livide, abattu, somnolent ; cyanose des lèvres et des extrémités. Température 40°. Pouls 140.

Toux sèche, peu fréquente. Dyspnée assez intense.

Matité complète et retentissement du cri dans les fosses sus et sous-épineuses droites, et sous la clavicule du même côté.

Selles mauvaises, liquides et très fétides. Poids 8 kgr. 720.

Stigmates d'*hérédo-syphilis* :

Bosses frontales saillantes et inégales.

Fémurs incurvés ; le condyle interne du fémur droit est plus développé que le gauche.

Testicule droit augmenté de volume et de consistance plus ferme que le gauche.

Dans les jours qui suivent, persistance des signes pulmonaires, état général grave, température au voisinage de 40°.

Ébauche de syndrome méningé (instabilité pupillaire, lenteur de la réaction lumineuse, inégalité légère, raideur de la nuque et du tronc sans Kernig), mais examen du liquide céphalé rachidien négatif.

11 décembre. — Foyers congestifs avec retentissement du cri aux sommets droit et gauche. Matité de la base droite.

Vomissements fréquents. Troubles vaso-moteurs très accentués, mais l'enfant est moins somnolent.

Température élevée (40°). Pouls rapide, inégal.

18 décembre. — Disparition des signes méningés.

Température 38°.

Selles très abondantes et fétides.

Persistance des signes congestifs au sommet droit.

Respiration normale à gauche.

Cette amélioration relative a paru coïncider avec un traitement mercuriel appliqué depuis le 9 décembre.

Dans les semaines qui suivent, le même état général persiste, avec fièvre oscillante irrégulière, avec alternatives d'agitation et de somnolence, vomissements fréquents. Les signes pulmonaires restent stationnaires.

12 janvier. — Aggravation manifeste. Oppression. Fièvre élevée.

Aux poumons on note :

A droite. — Matité de la base.

Submatité du sommet avec retentissement du cri.

A gauche. — Matité du sommet.

Inspiration rude avec expiration soufflante.

Quelques râles sous-crépitaux.

Température : 39°8.

Le 16 janvier. — Apparition de râles sous-crépitaux et d'un souffle léger à la base droite ; murmure vésiculaire aboli ; éloignement du cri. Poids 7 kgr. 520.

Depuis cette date, l'enfant dépérit rapidement ; la température prend le type oscillant quotidien avec des différences de 3 degrés, entre la température du matin et celle du soir (37°5 à 40° ou 40°5). Diarrhée tenace et intense.

Décès le 23 janvier.

AUTOPSIE 24 janvier 1912.

Ganglions. — Grosse adénopathie médiastine. Ganglions intertrachéo-bronchiques caséux.

Poumons. — Tuberculose suppurée caséuse de tout le poumon droit à forme cavernuleuse. Congestion de la base.

Granulations pleurales.

Au poumon gauche, quelques granulations ; splénisation de la base avec tubercules plus volumineux.

Cerveau. — Congestionné, œdématisé.

Foie. — Dégénérescence graisseuse.

Ganglions mésentériques. — Non augmentés de volume, non congestionnés, d'apparence normale.

Les examens de laboratoire ont montré la présence de bacilles de Koch dans la sérosité œdémateuse du cerveau, et dans la partie splénisée de la base du poumon gauche des lésions de broncho-pneumonie avec cellules géantes.

Obs. XXXIX. — *Très grosse adénopathie ayant donné des signes de compression médiastine grave, et ayant occasionné la mort à 4 mois. Broncho-pneumonie cavernuleuse disséminée et énorme caverne du sommet droit.*

Service du Dr Barbier, Hérold, 1911, n° 6, Crèche.

R... Alexandre, entré le 13 février à l'âge de 3 mois, décédé le 23 mars.

Enfant assez bien constitué, de poids normal (4 kgr. 640), nourri au sein, sans antécédents héréditaires ni personnels marquants.

Quelques nouures costales; testicules un peu durs.

Il entre avec des signes de bronchite disséminée des deux poumons, accompagnée de toux grasse et de dyspnée. Coryza.

L'état général paraît peu touché; température 38°.

Selles verdâtres, pâteuses, fétides.

On fait le diagnostic de grippe.

20 février. — Après une période d'amélioration, la situation change brusquement :

La toux augmente de fréquence, devient quinteuse, survenant surtout quand on remue l'enfant, en particulier quand on met sa tête en hypertension; en même temps on détermine de légers accès de suffocation. Quelques accès de suffocation (7-8 par jour) spontanés dans le courant de la journée.

La bronchite persiste. Appétit mauvais. Selles glaireuses. Diminution de poids légère.

Dès cette époque la compression médiastinale paraît certaine.

2 mars. — Toux quinteuse. Voix éraillée. Dyspnée accentuée avec accès de suffocation nombreux, augmentant de gravité.

Tirage épigastrique léger. Dysphagie : l'enfant paraît éprouver une gêne douloureuse de la déglutition, il rejette le sein.

Thorax bombé, soulevé, arrondi et globuleux. Dilatations veineuses à la base du cou. Disparition du creux sus-sternal au niveau duquel on sent au palper, dans la toux, une tuméfaction résistante qui vient buter contre le doigt.

Matité rétro-sternale s'étendant latéralement à un travers de doigt du bord sternal mais ne se confondant pas avec la matité cardiaque.

L'auscultation est difficile car elle provoque des accès de suffocation; on constate cependant des râles de bronchite disséminés, une matité légère de la fosse sous épineuse droite.

L'état général s'aggrave. Baisse de poids. La température, irrégulière, reste au voisinage de 38°.

8 mars. — Aggravation des signes précédents.

Dysphagie de plus en plus complète : l'enfant refuse absolument le sein.

Signes de congestion du sommet droit : retentissement du cri, quelques râles sous-crépitaux.

Selles glaireuses, semi-liquides.

La cyanose et les accès de suffocation s'accroissent, l'état général devenant de plus en plus grave, devant l'incertitude du diagnostic entre une compression par un gros thymus ou par des ganglions tuberculeux, on décide, le 11 mars, d'intervenir chirurgicalement.

On trouve à l'opération un thymus un peu gros, mais surtout d'énormes ganglions caséeux dont 4 ou 5 sont extraits, un autre broyé dans le médiastin.

12 mars. — Les accès de suffocation n'ont pas reparu; la dysphagie est moindre, mais la cyanose et la dyspnée sont de

de plus en plus accentuées ; le pouls est rapide. État général très grave. La fièvre monte à 39°.

17 mars. — Mêmes signes fonctionnels, même gravité de l'état général. Apparition d'œdème de la face et des membres supérieurs, véritable œdème en pèlerine. Ecchymoses au pli du coude des deux côtés. Ces signes sont sans doute en rapport avec une réaction inflammatoire du médiastin.

22 mars. — Cyanose intense, dyspnée violente. Pouls incompressible. Diarrhée profuse. Température 40°.

A l'examen du poumon on note un souffle inspiratoire dans l'étendue des deux poumons, en arrière, avec gros râles. Aux hiles où on note une matité légère, de même aux deux bases.

L'enfant succombe le 23 mars.

AUTOPSIE le 24 mars 1912.

Ganglions. — Trachée et bronches entourées — bien que l'intervention chirurgicale en ait supprimé plusieurs, — de gros ganglions caséux, dont l'un notamment (groupe sus-bronchique gauche) mesure dans ses principaux diamètres 3 centimètres sur 1 cent. 1/2. Ces ganglions dont plusieurs sont caséifiés sont réunis entre eux, aux bronches et aux vaisseaux par un tissu dense, difficile à disséquer.

Poumons. — Nombreux tubercules sous-pleuraux, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, plus abondants aux sommets.

Le poumon droit présente une zone d'adhérences pleurales occupant tout le sommet. Quelques adhérences au niveau des lèvres de la scissure horizontale. Tubercules au fond des scissures. A la coupe : *très grosse caverne*, du volume d'une grosse noix occupant le *sommet du poumon*, et entourée de nombreux

tubercules dont quelques-uns sont en voie de ramollissement et commencent déjà à former de *petites cavernules*.

A la base, tubercules moins nombreux et moins gros. Le tissu pulmonaire est congestionné et présente en une zone limitée un aspect de réaction fibreuse qui paraît correspondre à un foyer ancien et guéri.

Au *poumon gauche* on trouve à la coupe de nombreux tubercules atteignant jusqu'au volume d'un pois, en voie de ramollissement et formant comme à droite de *petites cavernules*. Ces tubercules sont surtout nombreux au sommet et dans les parties du poumon qui avoisinent la scissure.

A la base, zone congestive avec quelques dilatations bronchiques légères.

On ne constate en aucun point de granulations jeunes.

Foie. — Gros, mou, dégénérescence graisseuse.

Pas de granulations apparentes.

Rate. — Quelques granulations.

Reins congestionnés, pas de granulations.

Ganglions mésentériques en apparence normaux.

Obs. XL. — *Tuberculose généralisée d'évolution subaiguë. Atrophie, insuffisance digestive, médiastinite et foyers congestifs. Signes cavitaires tardifs. Cachexie terminale rapide. Mort à 7 mois et demi : grosse caverne du lobe inférieur du poumon gauche.*

Service du Dr Barbier, Hérold, 1911, Crèche, n° 7.

Har.: Marcelle, née le 8 novembre 1910, entrée à l'hôpital Hérold le 27 février 1911, âgée par conséquent de 3 mois et demi, y séjourne pendant quatre mois, et y succombe le 23 juin 1911, âgée de 7 mois et demi.

Elle est amenée à l'hôpital pour arrêt de développement. Née à terme d'une mère tuberculeuse (l'intra-D-R. pratiquée dans le service est positive et l'auscultation révèle des signes de bacillose non douteux) malgré son apparence saine, elle a été élevée exclusivement au sein pendant trois semaines, puis à l'allaitement mixte au sein maternel et lait stérilisé, puis sein et lait d'ânesse, enfin sein et lait écrémé.

Aucun de ces essais ne lui a convenu, puisque le poids de l'enfant est stationnaire depuis deux mois. Jusqu'à ce jour pas de troubles dyspeptiques, quelques rares vomissements seulement.

27 février. — Enfant très amaigrie, ne pesant que 3 kgr. 540.

On note quelques stigmates d'hérédo-syphilis :

Bosses frontales saillantes et irrégulières, circulation crânienne très développée, nouures costales. Aucun antécédent cependant n'est relevé par l'interrogatoire de la mère.

L'examen montré des signes de bronchite généralisée, une conjonctivite double, un peu de diarrhée glaireuse.

14 mars. — Baisse de poids. Constipation. Selles pâteuses, épaisses, décolorées.

Insuffisance de la sécrétion lactée maternelle ; on ajoute 300 grammes de lait d'ânesse.

Disparition de la conjonctivite et amélioration de la bronchite.

27 mars. — Reprise des signes de bronchite ; râles secs et humides dans les deux poumons. Toux fréquente, l'I. D. R. est fortement positive. Elle est positive également chez la mère.

A partir de ce moment, la température, qui était normale, va prendre un type de fièvre irrégulière subcontinue peu élevée

31 mars. — Quelques râles sous-crépitaux et retentissement du cri au sommet droit. Poids stationnaire 3 kgr. 400.

Persistance de la constipation.

3 avril. — Fièvre irrégulière.

Signes d'auscultation atténués au sommet droit ; apparition d'un foyer congestif à la base (submatité, éloignement du cri, expiration soufflante). Toux quinteuse.

Diarrhée ; selles glaireuses mal digérées, fétides.

La mère donne toujours peu de lait (cependant l'enfant prend actuellement 300 grammes de lait maternel au lieu de 200 au début). L'enfant a bon appétit, prend en plus du sein 300 grammes de lait d'ânesse ; poids stationnaire.

Poussée impétigineuse du cuir chevelu.

12 avril. — Toux quinteuse persistante.

Fièvre. Mauvais état digestif. Baisse de poids 3 kgr. 300.

19 avril. — Poussées fébriles.

Toux quinteuse de plus en plus fréquente.

Les foyers du poumon droit se sont atténués ; on note encore quelques râles au sommet et un souffle léger au voisinage du hile. Un nouveau foyer apparaît à la base gauche avec respiration soufflante.

Selles grumeleuses, mal digérées.

Apparition d'un écoulement de l'oreille gauche (suivi d'une baisse de la température).

30 avril. — Nouvelle baisse de poids. État général mauvais.

Matité du sommet et de la base à droite. Retentissement du cri.

Foyer de souffle avec râles fins et retentissement du cri au sommet gauche.

Persistance de la toux quinteuse.

5 mai. — Matité absolue dans toute l'étendue du poumon gauche. Voussure assez marquée en arrière, foyer soufflant avec râles sous-crépitaux et retentissement du cri. Vibrations abolies. Ponction exploratrice négative. Respiration soufflante avec râles fins au sommet droit. Toux moins fréquente.

9 mai. — Au poumon gauche en arrière matité absolue, souffle très net avec râles sous-crépitaux. La respiration s'entend cependant mieux, elle est presque normale en avant.

La toux devient grasse, et on fait le 10 mai un *examen des crachats* qui contiennent de nombreux *bacilles de Koch*.

12 mai. — Les râles du poumon gauche prennent un timbre de plus en plus humide, le souffle prend un timbre amphorique.

Par la suite, tandis que l'enfant se cachectise, ces *signes cavitaires* s'étendent à la presque totalité du poumon gauche et se précisent.

L'enfant meurt le 23 juin.

AUTOPSIE le 25 juin 1911.

Symphise pleurale totale à gauche.

Ganglions caséux englobant la trachée.

Caséification énorme du poumon gauche ; caverne volumineuse ayant détruit tout le lobe inférieur.

Lésions moins étendues au poumon droit.

Foie parsemé de tubercules, quelques-uns ramollis.

Ganglions mésentériques en partie caséifiés.

Obs. XLI. — *Broncho-pneumonie cavernuleuse disséminée chez un enfant mort à 8 mois, ayant présenté peu de signes pulmonaires en regard d'un syndrome médiastinal très violent.*

Service du Dr Barbier, Hérold, 1911, crèche n° 12.

Mai... Robert, âgé de 6 mois, est amené à la crèche salle Trousseau le 24 mai 1911, parce qu'il tousse et respire difficilement.

Le début de sa maladie paraît remonter à deux mois ; il a fait à ce moment une bronchite avec fièvre. L'état général s'améliora par la suite, mais la respiration resta toujours pénible (dyspnée expiratoire) ; de plus la toux qui s'était calmée fit une réapparition et la mère nous dit que l'enfant a eu plusieurs fois des crises de suffocation, avec cyanose intense. Ces accès des suffocation tendent actuellement à se rapprocher, et se produisent surtout au moment où l'enfant prend le sein ; il n'y a cependant pas de dysphagie.

Le père de l'enfant est un tuberculeux avéré, toussant depuis longtemps et ayant eu des hémoptysies.

Examen le 23 mars :

Enfant très dyspnéique, inspiration courte, expiration longue et bruyante. Cornage expiratoire accompagné de fréquentes secousses de toux spasmodique, éraillée, quinteuse. Tirage, surtout épigastrique.

Thorax globuleux ; disparition de la saillie sus-sternale et des creux sus-claviculaires. Veines du cou dilatées, saillantes sous la peau.

A la percussion ; petite zone de matité sur le bord droit du sternum.

En arrière et à droite, matité hilaire.

Auscultation gênée par le cornage ; on note cependant du retentissement du cri au sommet droit.

Malgré tout, l'état général paraît encore assez satisfaisant, l'enfant n'a pas maigri : Poids 5 kgr. 740. Température normale.

31 mars. — I. D. R. fortement positive.

Tous les jours plusieurs accès de suffocation ; ces accès se produisent surtout la nuit. La nuit dernière accès très violent, ayant duré trois heures, pendant lesquelles l'enfant est resté congestionné, fortement cyanosé.

Pas de dysphagie. La déglutition est rendue seulement difficile par la gêne respiratoire.

3 avril. — Les accès de suffocation augmentent de fréquence et de durée. Respiration bruyante, serratique. Cyanose légère des extrémités.

Un gros ganglion s'est développé sur le trajet de la chaîne cervicale, accessible à la palpation.

An niveau du hile à l'auscultation respiration soufflante et rude, presque sifflante, semblant indiquer une compression bronchique intense.

Poids stationnaire. Petites élévations thermiques.

13 avril. — Crises de suffocation un peu moins fréquentes.

Dyspnée toujours intense.

Diarrhée verte, grumeleuse, amenant une chute de poids assez importante.

21 avril. — On a pratiqué pendant cinq jours des applications d'onguent mercuriel sur le ganglion cervical et dans la région thoracique. Le ganglion cervical n'a pas changé de volume. Les crises de suffocation sont plus rares. Toux quinteuse persistante.

Voussure de la base gauche en arrière, écartement des espaces intercostaux; légère matité à ce niveau. Souffle léger et quelques râles sous-crépitaux. Au sommet droit respiration aiguë et soufflante aux deux temps, matité légère.

Température irrégulière.

Mauvais état général.

Anémie, amaigrissement rapide. Poids 5 kgr. 200.

La mère emmène son enfant hors de l'hôpital, puis le ramène au bout de quelques jours à la suite de nouveaux accès de suffocation. Ces accès ont été peu nombreux, 3 entre le 30 avril et le 4 mai, mais particulièrement intenses; au cours de l'un d'eux l'enfant est resté asphyxique pendant plusieurs secondes.

Toux persistante, éraillée, quinteuse.

Amaigrissement continu. Poids 5 kgr. 080.

Fièvre irrégulière à grandes oscillations.

9 mai. — Dans la partie externe de la fosse sous-épineuse droite et dans l'aisselle : souffle aigre, à timbre éclatant, accompagné de râles humides. Matité étendue du sommet. Léger tirage.

Pas de bacilles dans les crachats.

13 mai. — On a noté le 10 mai une éruption morbilliforme, procédant par poussées successives accompagnées de fièvre. Ces poussées sont actuellement terminées (éruptions tuberculiniques?) et la fièvre a cessé.

17 mai. — Dysphagie intense.

Aggravation de l'état général. Insomnie, amaigrissement. Poids 4 kgr. 800.

Toux grasse, mais voilée. Cyanose.

Reprise de la fièvre, oscillante, irrégulière.

Cachexie progressive. Apparition le 30 mai d'une éruption

purpurique sur l'abdomen. Température au voisinage de 40°.

L'enfant succombe le 1^{er} juin.

AUTOPSIE le 2 juin 1911.

Ganglions. — On trouve à l'ouverture du thorax de gros ganglions, superficiellement placés, affleurant le bord supérieur du manubrium sternal.

Ils compriment le tronc veineux brachio-céphalique ; l'un d'eux est situé dans l'angle du tronc veineux brachio-céphalique gauche et du tronc droit. Plus profondément, le paquet ganglionnaire trochéo-bronchique forme une masse indistincte et tuméfiée dont les éléments, surtout ceux du groupe prétrachéo-bronchique droit, sont caséifiés. Cette masse adhère aux vaisseaux, à la trachée, aux poumons, et pousse entre les organes des prolongements fibreux épais qui font de cet ensemble une gangue très difficile à disséquer. Elle se prolonge derrière l'œsophage, où l'on note la présence d'un abcès froid (ganglion ramolli?).

Poumons. — Dans les deux poumons, lésions très étendues de tuberculose à *forme cavernuleuse disséminée*. En plusieurs points les lésions tuberculeuses se sont développées dans des zones d'apparence emphysémateuse.

Foie. — Gros, hypertrophié, dégénérescence graisseuse très accentuée, teinte jaune luisante, aspect de « beurre ».

Rate. — Quelques tubercules caséeux

Quelques tubercules caséeux sur la face abdominale du diaphragme, un tubercule sur le mésentère, ganglions mésentériques non caséeux.

Obs. XLII. — Broncho-pneumonie caséuse.
Caverne de la base gauche. Mort à un an.

Cai... Raymonde, âgée de 11 mois est amenée le 26 janvier 1912 à l'hôpital Hérold dans le service du Dr Barbier.

Née à terme pesant, 4 kgr. 280, elle a été élevée au sein pendant un mois, puis ensuite au biberon, buvant un litre de lait par jour. Jamais malade jusqu'à l'heure actuelle.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires ; fille unique.

L'enfant tousse par quintes depuis le 22 janvier ; elle est dyspnéique, cyanosée, avec tendance au collapsus. Température 37°7.

L'auscultation montre des râles humides dans toute l'étendue des deux poumons ; on pense à une bronchite capillaire.

29 janvier. — Etat général meilleur. Cyanose moins marquée. Les signes pulmonaires sont moins intenses ; mais il existe encore des râles humides dans les deux poumons. Température 37°8.

30 janvier. — Respiration toujours gênée. On ordonne des sinapismes et du benzoate de soude. Température 37°9.

2 février. — Congestion des deux bases surtout marquée à droite. Etat général moins bon. Température 38°2.

5 février. — État général stationnaire. L'auscultation révèle à la partie moyenne du poumon gauche un souffle expiratoire. A droite la respiration est enchifrenée, la base est submate on n'entend pas le murmure vésiculaire.

6 février. — Mauvais état général. L'enfant est somnolente, dyspnéique, cyanosée. Matité du sommet droit avec quelques râles crépitants. Mêmes signes aux bases. Température 39°8.

7 février. — L'enfant est plus gaie, moins dyspnéique et moins cyanosée. Le sommet droit est mat, de même que la base gauche où l'on entend un gros souffle très étendu sans râles.

12 février. — État général toujours très altéré. Otite double avec gros écoulement. L'enfant est cyanosée, dyspnéique, tousse beaucoup. On entend des deux côtés, un souffle à timbre aigu. Température 39°4.

15 février. — L'enfant est très agitée. Respiration soufflante avec râles très fins aux deux bases. Température 38°2.

Mort le 16 février.

Autopsie. — Le péricarde est distendu par 50 grammes environ de liquide citrin.

Les *ganglions trachéo-bronchiques* sont très volumineux ; quelques-uns sont caséeux.

Poumon droit. — Les lobes supérieur et moyen sont envahis en totalité par une broncho-pneumonie caséeuse. Le lobe inférieur est fortement congestionné.

Poumon gauche. — Le lobe inférieur, fortement congestionné, présente à sa partie postérieure une *petite caverne du volume d'une petite noisette limitée par une coque scléreuse*. Un peu en avant se trouve un volumineux tubercule cru. Les scissures sont réunies par des adhérences.

Foie. — Aucune altération.

Rate. — Volume normal.

Reins. — Pas de lésions.

Obs. XLIII. — *Hérédité tuberculeuse. Troubles digestifs. Atrophie. Mort à 4 mois 1/2. Caverne de la base gauche.*

Mac... Louise, âgée de 4 mois, est admise le 7 juillet 1912 à l'hôpital Héroid, dans le service du Dr Barbier, pour toux et diarrhée.

Née à terme, elle a été élevée à la crèche de Pantin pendant les deux premiers mois; elle a diminué de poids et a commencé à tousser.

Nourrie ensuite au biberon par la mère avec des tétées de 125 grammes de lait toutes les trois heures, l'enfant a des vomissements et continue à perdre du poids; on la met alors en nourrice. Le poids baisse encore, la toux persiste et une diarrhée verdâtre et fétide apparaît. L'enfant entre alors à l'hôpital.

La mère tousse depuis le début de sa grossesse, elle aurait eu, dit-elle, une hémoptysie quinze jours avant l'accouchement. Elle a deux enfants bien portants de 7 et 3 ans et a fait deux fausses couches de trois et quatre mois.

A l'examen, l'enfant apparaît pâle, maigre (2 kgr. 850), tousant sans cesse. Les selles sont jaunâtres, pas très liquides, peu fréquentes.

A l'auscultation, on trouve le murmure vésiculaire affaibli aux deux sommets avec quelques râles à la base gauche. Matité des deux sommets. Température : 38°4.

21 juillet. — Apparition de muguet. La diarrhée augmente. État général mauvais.

Mort le 23 juillet.

Autopsie. — *Poumon.* — On note à la coupe une quantité de tubercules ramollis dans les deux lobes supérieurs. Au lobe infé-

rieur gauche on trouve le tissu hépatisé avec une poche laissant couler une petite quantité de pus verdâtre.

Enormes ganglions trachéo-bronchiques fibro-caséux.

Foie. — Gras et décoloré.

Rate. — Quelques follicules à la surface et dans le parenchyme.

Obs. XLIV. — *Bronchite chronique. Troubles digestifs. Mort par pneumonie caséuse à 2 ans. Grosse caverne du sommet droit.*

(Service du Dr BARBIER. — HÉROLD, 1911, n° 143 et 1912, n° 13).

Teum... Henri, 2 ans, entre le 17 janvier 1912 pour toux persistante, à l'hôpital Hérold qu'il a quitté le 7 janvier de la même année.

L'observation ayant trait à son premier séjour n'a pu être retrouvée, mais le cahier de service nous apprend que l'enfant est resté plusieurs mois à l'hôpital, souffrant de troubles dyspeptiques, n'augmentant pas de poids, et faisant de fréquentes poussées congestives pulmonaires avec fièvre. Dès cette époque il était considéré comme atteint de tuberculose.

A l'examen le 17 janvier on remarque un œdème assez accentué infiltrant les membres inférieurs, la région lombaire et la partie inférieure de l'abdomen, atteignant les mains, les avant-bras et la face.

Les urines renferment une petite quantité d'albumine.

A l'auscultation du poumon, on note à la partie moyenne du poumon droit un foyer broncho-pneumonique. Température 39°. Poids 9 k. 800.

Le 20 janvier. — Persistance du foyer du poumon droit.

Foyer broncho-pneumonique au sommet gauche. Cyanose. Abattement. Diminution des œdèmes. Poids : 9 k. 400. Temp. 39°.

Le 25 janvier. — Température élevée (39°-40°). Abattement. Cyanose. Persistance de signes broncho-pneumoniques (matité, souffle expiratoire, râles humides) au sommet gauche. Râles humides et souffle dans toute l'étendue du poumon droit.

Les œdèmes ont disparu. L'albumine persiste. Poids : 9 k. 050.

Le 30 janvier. — Mêmes signes au poumon gauche. A droite : matité du sommet avec gros souffle et râles humides. Enfant très abattu. Très mauvais état général. Température 39°.

Le 1^{er} février. — Toux grasse. Même état général, très grave. et mêmes signes pulmonaires, avec tendance à l'extension : râles de bronchite très nombreux au poumon gauche. Température : 40°.

2 février. — Même état. Au sommet droit le souffle qui occupait la fosse sus-épineuse a envahi la fosse sous-épineuse ; son timbre, aigre jusqu'alors, devient grave. Matité très accentuée. Ganglions axillaires de ce côté. Dans l'après-midi l'enfant a eu un *vomissement* dans lequel on a retrouvé des traces de sang. Décès le 4 février.

AUTOPSIE, 5 février 1912.

Poumons. — Adhérences pleurales à droite, assez étendues, en avant et en arrière.

A la partie moyenne et à la partie inférieure du lobe supérieur droit, gros bloc de pneumonie caséuse creusé à sa partie inférieure d'une caverne anfractueuse, biloculaire, de la grosseur d'un œuf de poule dans son ensemble, remplie de matière caséuse purulente. Le reste du poumon droit est le siège de lésions d'infiltration caséuse à un stade moins avancée. En quelques points ces lésions sont en partie scléreuses.

Au *poumon gauche*, granulations en bouquets gris prédominant au sommet ; à ce niveau congestion assez intense. Granulie atténuée du reste du poumon.

Ganglions. — Volumineuses masses caséeuses occupant surtout les groupes prébronchique et sus-bronchique droits.

Foie. — Dégénérescence graisseuse.

Obs. XLV. — *Tuberculose d'évolution subaiguë terminée à 2 ans par une pneumonie caséreuse avec pleurésie tuberculeuse séro-fibrineuse puis purulente. Grosse caverne du lobe supérieur gauche creusée dans un bloc de pneumonie caséreuse et inverse dans la plèvre interlobaire. Expectoration bacillaire.*

Service du Dr BARBIER. — HÉROLD, 1912, n° 59.

Font. . Daniel, admis à l'hôpital le 15 avril 1912, pour amaigrissement, anorexie, toux persistante.

L'enfant qui est âgé de deux ans, est malade depuis deux mois. Il avait jusque-là toujours été bien portant. Né à terme (4 k. 500) il a été mis en nourrice et élevé au biberon. Il a été repris par ses parents à 18 mois, pesant à ce moment 14 kilogrammes et bien portant. On ne trouve aucun signe de tuberculose chez les père et mère, mais son *grand-père paternel* est mort récemment à 49 ans de *tuberculose pulmonaire*.

L'enfant ne pèse plus actuellement que 10 kilogrammes. Depuis plusieurs semaines, en effet il est atteint de diarrhée abondante, a perdu l'appétit s'anémie et maigrit considérablement. Il tousse, d'une petite toux grasse et fréquente, a de la fièvre (oscill. de 38° à 39). Ces signes sont surtout marqués depuis un mois, mais un médecin qui a vu l'enfant il y a deux mois avait noté dès cette époque une diminution assez accentuée du murmure vési-

culaire au sommet gauche. Trois semaines avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital, le même médecin a diagnostiqué une pleurésie tuberculeuse, dont la nature séro-fibrineuse a été confirmée par une ponction exploratrice faite quelques jours avant l'admission à l'hôpital.

Examen le 16 avril. — Poumon droit. Sonorité normale. Retentissement du cri et de la toux en arrière au sommet.

Poumon gauche. — Matité étendue, en avant, en arrière et dans l'aisselle, s'arrêtant à hauteur de la scissure interlobaire. Base sonore. A l'auscultation retentissement du cri et de la toux en arrière. Dans l'aisselle petit souffle avec râles secs. Respiration supplémentaire à la base.

Enfant très agité, grognon, dormant peu. Mâchonnement, ébauche de mouvements convulsifs.

Constipation. Pas de vomissements. Temp. 38°-39°.

22 avril. — Voussure de tout le sommet gauche. Matité de bois, limitée au lobe supérieur. A ce niveau vibrations affaiblies, souffle fort, à timbre rude. Toux fréquente, grasse. Temp. 39°.

25 avril. — Matité persistante du sommet gauche. Vibrations affaiblies; souffle dans l'aisselle, avec râles sous-crépitaux et retentissement du cri. Sommet droit paraît normal.

A la voussure du côté gauche a fait place, en avant, une rétraction légère de la paroi.

Les crachats de l'enfant contiennent d'assez nombreux bacilles de Koch.

Le 1^{er} mai. — L'enfant est très dyspnéique, cyanosé, épuisé; il succombe dans la soirée.

AUTOPSIE le 3 mai 1912.

Au poumon gauche. — Pleurésie purulente enkystée aréo-

laire scissurale, mais envoyant des prolongements jusqu'au diaphragme. Au fond de la scissure s'ouvre une caverne volumineuse.

Cette caverne est creusée, à la partie inférieure et interne du lobe supérieur, dans un bloc de pneumonie caséeuse massive englobant tout le lobe. Le reste du poumon est farci de tubercules jaunes.

Obs. XLVI. — *Phtisie ulcéreuse chez un enfant de 2 ans. Expectorations bacillaires. Méningite terminale. Pas d'autopsie.*

Service du D^r BARBIER. — HÉROLD 1912, n^o 68.

L'enfant Gerv... Raymond, âgé de 2 ans, est admis à l'hôpital Hérold le 6 mai 1912 : il a fait récemment une broncho-pneumonie qui aurait duré une dizaine de jours. Depuis lors, perte d'appétit, arrêt de croissance.

Son père est tuberculeux cavitairé très avancé.

Enfant squelettique, considérablement amaigri et anémié ; chairs flasques, sèches, pommettes livides. Véritable habitus de phtisique. Poids 8 kgr. 570.

A l'examen du poumon, on note à droite : en arrière respiration rude au sommet, en avant respiration un peu soufflante ; — à gauche : en arrière matité du sommet et de la base, respiration soufflante et quelques gros râles à la fin de l'inspiration au sommet, respiration faible dans le reste du poumon ; en avant mêmes signes au sommet.

L'enfant tousse peu ; la toux est grasse.

L'état digestif est assez bon ; deux selles quotidiennes, de bon aspect.

Température 38°.

10 mai. — Râles bronchiques et râles sous-crépitaux disséminés dans les deux poumons. Souffle au sommet droit.

Troubles vaso-moteurs, alternatives de rougeur et de pâleur, sueurs. L'enfant se plaint, souffre de la tête, est abattu, somnolent.

13 mai. — Râles sous-crépitaux nombreux aux deux poumons.

Troubles vaso-moteurs de plus en plus accentués. Abattement et somnolence. Température 39°. L'enfant tousse peu.

On peut cependant recueillir un crachat, dans lequel on trouve quelques bacilles de Koch.

15 mai. — Les symptômes méningés se précisent; la ponction lombaire montre d'ailleurs, avec une augmentation légère de l'albumine céphalo-rachidienne, une lymphocytose d'intensité moyenne.

L'enfant est emmené par ses parents le 21 mai en pleine méningite tuberculeuse.

Obs. XLVII. — *Tuberculose pulmonaire subaiguë à poussées successives. Expectoration bacillaire. Terminaison à 8 mois par cachexie et accidents méningés. Broncho-pneumonie caséuse du poumon droit, à forme cavernuleuse disséminée; lésions très avancées.*

Service du Dr BARBIER. HÉROLD, 1913, n° 7 crèche.

Mess... Jeanne, 8 mois, admise le 3 février 1913; soignée à Tenon il y a deux mois pour une broncho-pneumonie, dit la mère: à ce moment l'enfant présentait une toux quinteuse et grasse, une dyspnée vive, une fièvre élevée. Depuis son départ de Tenon, il y a un mois, elle a continué à tousser, mais les phénomènes généraux n'ont pas reparu.

Quelques jours avant son admission à Héroid, otite bilatérale. En même temps perte de l'appétit et diarrhée (3-4 selles liquides par jour). Pas de vomissements.

Enfant née à terme pesant 3 kgr. 250, nourrie au sein maternel. Bien portante jusqu'à l'âge de 4 mois, aurait pesé à cette époque 8 kilogrammes, puis a commencé à maigrir. Poids actuel 4 kgr. 878.

La mère qui l'allaitait encore actuellement, est d'apparence saine, elle ne présente aucun signe permettant de soupçonner une bacillose en évolution, et dit n'avoir jamais été malade. Le père serait également bien portant. Ont eu deux autres enfants, l'un mort-né (prématuré) l'autre âgé de 20 mois (v. obs. XLVI). *La grand'mère maternelle de ces enfants, qui vivait avec eux et les gardait pendant que la mère travaillait au dehors, est morte tuberculeuse il y a un mois.*

A son entrée à l'hôpital, la jeune M... est un nourrisson d'aspect minable, très amaigrie, et anémiée. Très grave état général. Purpura. Température 37°5, mais pouls très rapide. Toux fréquente, grasse, quinteuse. L'enfant rejette fréquemment des desmucosités filantes striées de points muco-purulents verdâtres.

L'examen des poumons montre au poumon droit un souffle cavitaire des plus nets, avec maximum d'intensité dans la fosse sous-épineuse, et des râles sous-crépitaux, gros, à timbre nettement humide, très nombreux. L'auscultation du poumon gauche est négative.

On note en outre une otite double avec écoulement assez abondant : de mauvaises selles, diarrhéiques, verdâtres. Quelques signes méningés : légère raideur de la nuque, deux vomissements « en fusée », aspect somnolent.

Le diagnostic de tuberculose pulmonaire ouverte ne paraît pas

douteux ; il est confirmé par l'examen des crachats qui montre la présence de *nombreux bacilles de Koch*.

Les signes fonctionnels restent stationnaires.

Les signes physiques deviennent de plus en plus nets. La température oscille entre 38° et 39°. L'enfant succombe le 11 février avec les symptômes d'une méningite à forme somnolente.

AUTOPSIE le 13 février 1913.

Adénopathie ganglionnaire caséuse ; les ganglions des différents groupes forment de part et d'autre de la trachée deux grosses masses plurilobées, chacune du volume d'un marron. Aucun ganglion n'est ramolli. Un ganglion caséux non ramolli du volume d'une noisette pénètre à droite en plein parenchyme pulmonaire. On note un assez gros ganglion caséux non ramolli derrière la trachée et, au-dessus du diaphragme, un autre ganglion partiellement tuberculeux (tubercule cru) du volume d'un gros pois.

Les *ganglions mésentériques* sont tuméfiés, rougeâtres. Aucun ne dépasse le volume d'un pois ; aucun ne présente de lésions tuberculeuses macroscopiques.

Pas de granulations péritonéales. Pas de lésion intestinale macroscopique.

Le *foie* est de couleur jaune, d'aspect luisant, en état de dégénérescence grasseuse accentuée.

Poumons. — *A droite*, broncho-pneumonie cavernuleuse disséminée typique, avec lésions très avancées : noyaux caséux disséminés dans tout le poumon, du volume d'un pois à celui d'une noix. Au sommet, ces noyaux, probablement plus jeunes que dans le reste du poumon, sont de couleur gris jaunâtre, ils ont

l'aspect caractéristique en « chou-fleur », en « feuille de trèfle » ; ils sont centrés par une bronche plus ou moins béante, plus ou moins bien visible suivant l'orientation de la coupe. Au lobe moyen et au lobe inférieur la plupart de ces noyaux sont nettement caséeux, ramollis à leur centre, et les plus volumineux se sont creusés à ce niveau de cavernules irrégulières, plus ou moins étendues, remplies de pus. La plus grosse de ces cavernes, du volume d'une noix, occupe la base du poumon, adhérant au diaphragme dont on n'a pu la séparer sans l'ouvrir. Plusieurs des cavernes qui ont envahi le lobe inférieur et le lobe moyen sont superficielles, atteignant la plèvre pariétale, mais n'ayant pas provoqué d'adhérences. Elles sont plus nombreuses à la face antérieure du poumon.

Lymphangite pariétale sous-pleurale caséuse avec quelques tubercules caséeux le long de la plèvre costale.

Au poumon gauche, granulations disséminées ; zone de splénisation à la base.

Lésions méningo-encéphaliques peu prononcées : hypertension ventriculaire et congestion vasculaire. Pas de bacilles de Koch dans le liquide sous-arachnoïdien prélevé à l'autopsie.

Obs. XLVIII. — *Caverne du sommet gauche ayant évolué sourdement. Granulie et méningite terminale à 20 mois.*

Service du Dr BARBIEB. HÉROLD, 1913 n° 15 Tr.

Mess.. Charles, 20 mois, frère de la précédente, entre à Hérold le 10 février 1913 avec les signes non douteux d'une méningite tuberculeuse à laquelle il succombe le 20 février.

Son histoire est la suivante :

Né à terme, élevé au biberon, il a été bien portant et sa crois-

sance a été régulière jusqu'à l'âge de 17 mois. Depuis cet âge, et surtout depuis deux mois, on a remarqué qu'il toussait de temps en temps d'une petite toux grasse et qu'il présentait fréquemment de petites périodes fébriles. Puis sont apparus les premiers signes méningés (raideur de la nuque, abattement, fièvre, anorexie) au moment où la mère entrainait à l'hôpital avec l'enfant qui fait le sujet de la précédente observation.

Il tousse, d'une petite toux grasse, assez fréquente, mais peu intense. La recherche du bacille de Koch n'a pas été faite en raison de l'état d'adynamie de l'enfant. Pas de dyspnée.

L'examen pulmonaire révèle une matité étendue de tout le sommet *gauche*, avec souffle expiratoire. Pas de modifications respiratoires perceptibles à droite ; pas de modification de la sonorité. L'auscultation est d'ailleurs difficile, étant donné l'état de l'enfant.

AUTOPSIE le lendemain du décès, le 21 février 1913.

Lésions typiques et accentuées de *méningite tuberculeuse* : exsudats verdâtres de la base et des scissures sylviennes ; exsudats moins épais de la convexité. Granulations petites mais assez nombreuses le long des vaisseaux. Hypertension ventriculaire. Congestion vasculaire intense.

Au poumon gauche : caverne du volume d'une grosse noix occupant la partie inférieure du lobe supérieur ; contenant peu de pus ; ses parois irrégulières, anfractueuses, paraissent en plusieurs points ébaucher un processus de cicatrisation fibreuse. A la périphérie zone fibreuse assez dense circonscrivant l'excavation dans toute son étendue, et sur une épaisseur d'un millimètre à un millimètre et demi. Non loin de la caverne un ganglion des groupes bronchiques, caséeux, adhère au poumon, il

est séparé de l'ulcération pulmonaire par une zone de parenchyme sclérosé.

Au-dessous de cette excavation, au voisinage de la scissure et à sa partie antérieure, quatre tubercules caséeux non ramollis, chacun du volume d'un pois font saillie sous la plèvre du lobe supérieur. Les deux feuilletts de la plèvre interlobaire sont très adhérents, et le fond de la scissure est tapissé de très nombreuses granulations grises.

Dans le reste du poumon gauche et du poumon droit : tubercules disséminés, les uns au stade de tubercule cru, d'autres déjà partiellement ramollis. Granulations grises nombreuses sous les plèvres et dans le parenchyme.

Les ganglions trachéo-bronchiques forment trois paquets principaux : on remarque surtout dans le groupe sus-bronchique gauche un gros ganglion caséeux, de la grosseur d'une noix, complètement ramolli, réduit à une coque fibreuse adhérente à la plèvre médiastine ; plusieurs ganglions du même groupe, beaucoup plus petits, caséeux, mais non ramollis, entourent le hilc gauche. Confondus en partie avec les précédents, deux ou trois ganglions des groupes pétrachéo-bronchiques forment au-devant de la trachée une masse indistincte caséreuse, mais non ramollie. Enfin les ganglions des groupes gauches également moins hypertrophiés que ceux du premier groupe (volume d'un pois à petite noisette) sont partiellement caséeux, non ramollis. En suivant les lymphatiques vers l'abdomen, on note sur la chaîne coronaire stomachique plusieurs ganglions tuberculeux non ramollis, au stade de tubercule cru.

Les ganglions mésentériques sont de volume, de couleur et de consistance normale.

L'intestin ne présente pas de lésion apparente.

Le *péritoine* est semé de quelques granulations discrètes et petites. Sur la face abdominale du diaphragme un tubercule caséeux.

A la coupe de la *rate*, du *foie*, des *reins*, granulie discrète.

Obs. XLIX. — *Hérédité tuberculeuse. Médiastinite à symptomatologie bruyante. Mort à 4 mois 1/2. Caverne du lobe inférieur du poumon gauche.*

Shem... Alice, âgé de 3 mois 1/2 est amenée le 2 avril 1913, à l'hôpital Hérold, dans le service du Dr Barbier.

A son entrée, elle présente une toux quinteuse avec ébauche de cornage et tirage léger. Ces quintes ont débuté au milieu du mois de mars; brusquement une nuit l'enfant a toussé à trois ou quatre reprises, présentant en même temps des signes d'asphyxie, cyanose de la face et tendance au collapsus.

Les jours suivants les quintes augmentent de nombre et de fréquence. La fin de la quinte est suivie de l'expulsion d'une sécrétion bronchique verdâtre entremêlée de filets de sang.

Pendant quatorze jours il n'y eut aucun trouble fonctionnel sauf la dyspnée asphyxique au moment des quintes; aucun trouble de l'état général, pas de fièvre; l'enfant n'a pas maigri, elle s'alimente bien (120 grammes de lait et 4 tétées au sein par jour). Selles normales.

La fièvre apparaît le premier avril; les quintes augmentent d'intensité et chaque fois la bronche est remplie par les sécrétions bronchiques.

Effrayée par une quinte plus violente que les autres et pendant laquelle le visage est très fortement cyanosé, la mère fait

venir un médecin qui conseille le transport de l'enfant à l'hôpital.

Stem... est née à terme pesant 2 kgr. 400, nourrie au sein pendant deux mois et ensuite au biberon.

Le père est un tuberculeux avéré. La mère est chétive, elle a eu trois autres enfants, deux sont morts de méningite tuberculeuse, le troisième tousse et présente une adénopathie trachéo-bronchique.

L'examen de l'enfant montre de la matité aux deux sommets avec respiration rude accompagnée de cornage, d'un peu de tirage, avec ébauche de spasme de la glotte.

Par moment surviennent des quintes de toux médiastinale accompagnées de convulsions des mains. Dans l'intervalle la respiration est très difficile avec cyanose de la face par encombrement des bronches. Température normale.

21 avril. — Les phénomènes dyspnéiques et asphyxiques persistent s'accompagnant de cyanose et de tirage. Pas de fièvre, pas de vomissements, l'enfant s'alimente bien et augmente de poids.

5 mai. — Les quintes sont très fréquentes surtout quand on déplace l'enfant; une mousse sanguinolente sort de la bouche. Tirage très marqué avec cyanose et saillie des veines jugulaires.

Le poumon droit est entièrement mat et présente un gros souffle et quelques râles sous-crépitaux au niveau du hile.

Pas de bacilles dans les crachats. Température 38°2.

10 mai. — Apparition d'un phlegmon à la fesse gauche.

18 mai. — Le phlegmon est gangrené. Incisé il donne issue à du pus verdâtre, fétide. Toute la fesse gauche est comme une éponge d'où s'écoule du pus. Réactions thermique avec oscillations.

20 mai. — Le phlegmon se propage, à droite, il s'écoule du pus noirâtre avec des lambeaux de chair gangrénée.

L'enfant ne s'alimente plus, l'amaigrissement est considérable s'accompagnant de muguet et de diarrhée persistante.

Mort le 22 mai.

Autopsie. — Adénopathie trachéo-bronchique caséuse, ganglions interbronchiques énormes.

Granulie des poumons plus marquée à droite ; bouquet de granulations en voie de caséification.

Pleurésie chronique masquant les scissures interlobaires.

A la partie moyenne du poumon gauche, caverne grosse comme une amande, communiquant d'une part avec les ganglions du hile et d'autre part affleurant la surface du poumon.

Gros ganglions mésentériques.

Foie gras, tuberculeux.

Obs. L. — Cou... Lucien, âgé de 21 mois, est amené le 9 novembre 1913 à l'hôpital Hérold dans le service du Dr Barbier. Il est né à terme pesant à la naissance 3 kilogrammes, nourri au sein et au biberon alternativement.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Une sœur de quatre mois atteinte de coqueluche.

L'enfant a séjourné au mois de septembre 1912, à l'hôpital Claude-Bernard pour une rougeole compliquée de broncho-pneumonie très intense. Cette maladie dura deux mois et tout de suite après commença une coqueluche.

A l'entrée à l'hôpital Hérold on constate de violentes quintes de toux et une température de 38°4.

A l'examen on note de la sub-matité du sommet droit avec

quelques râles sous-crépitaⁿts ; il existe en plus du catarrhe oculo-nasal et une stomatite érythémateuse.

11 novembre. — Les signes de broncho-pneumonie du sommet droit s'accroissent : matité, râles, souffle expiratoire avec retentissement du cri.

Expectoration muco-purulente : pas de bacilles de Koch à l'examen microscopique. Température 38°8.

16 novembre. — La gorge est rouge, suintante. Il y a de l'œdème des membres inférieurs ; le ventre est ballonné, le foie gros. Le pouls est petit, rapide. Les signes physiques persistent au sommet droit, il se forme un nouveau foyer à la base gauche. Température 39°4.

21 novembre. — L'enfant a mauvais aspect, il est cyanosé, bouffi. A la base gauche, foyer de broncho-pneumonie avec gros souffle et râles humides. Pas d'albumine dans les urines. Température 40°2.

24 novembre. — L'enfant est cyanosé, très abattu. Température 40°8.

Mort le 25 novembre.

Autopsie. — Tuberculose ouverte et suppurée des deux sommets.

Foyer de broncho-pneumonie à la base gauche.

Gros ganglions caséeux.

Rate. — Farcie de tubercules disséminés.

Foie. — Gras, augmenté de volume, pesant 5 kgr. 830.

Obs. LI. — *Deux cavernes du sommet gauche, dont une volumineuse, sans signes cliniques, et paraissant en voie de réparation. Hérité tuberculeuse. Mort à 9 mois par troubles digestifs.*

Hérolde, 1913, Service du Dr Barbier.

Sangiov... Simonne, 9 mois, entrée le 22 juillet : diarrhée et amaigrissement.

Mère tuberculeuse, ayant perdu un frère de tuberculose.

Père en apparence sain. Un autre enfant de 2 ans et demi serait assez bien portant, mais rachitique.

Élevée au sein jusqu'à 6 mois, puis au biberon. Troubles digestifs depuis l'âge de 3 mois, n'ayant pas été modifiés par la substitution du biberon au sein.

L'enfant succombe à Hérolde le 29 juillet, après avoir présenté une diarrhée intense et rebelle, et sans qu'aucun signe ait attiré l'attention sur l'appareil pulmonaire. Elle n'a jamais toussé.

La température, qui était de 38° à l'entrée, est redescendue à la normale, puis est montée brusquement pour atteindre 41°8 quelques heures avant le décès.

AUTOPSIE le 30 juillet 1913.

Gros ganglions trachéo-bronchiques ; un énorme ganglion (du volume d'une noix) interbronchique caséeux ; deux autres ganglions, également caséeux, flanquent la trachée de chaque côté au-dessus des bronches, au milieu de ganglions plus petits, mais non caséeux.

Un très gros ganglion (du volume d'une noix) entièrement ramolli occupe la partie toute supérieure du groupe sus-bronchique gauche et adhère intimement au sommet du poumon, au niveau duquel existe une grosse caverne.

POUMON GAUCHE. — *Une grosse caverne (du volume d'une grosse cerise) occupe le tiers du lobe supérieur. Elle siège au sommet même du lobe, à son versant interne. Elle est superficielle, très rapprochée de la plèvre antérieure, mais sans l'atteindre. Pas de réaction appréciable à la périphérie, sauf sur sa partie interne où un tissu assez dense, mais facilement clivable, la sépare du ganglion sus-bronchique gauche caséifié que nous avons noté plus haut. Le plan de clivage entre les deux foyers caséeux paraît bien représenter la plèvre médiastine; il n'y a aucune communication entre eux. Le ganglion d'ailleurs est rempli de pus, tandis que la caverne est vide, et paraît même ébaucher sa cicatrisation, ses parois sont sèches et lisses.*

A quelques millimètres de cette grosse caverne, un foyer caséeux du volume d'un gros pois, superficiel, avec épaissement pleural à son niveau.

Une petite cavernule, sans réaction fibreuse, vide et sèche comme celle du sommet, occupe la partie moyenne du lobe.

Il y a en outre quelques granulations.

Pas de granulations visibles dans le lobe inférieur.

La plèvre gauche est adhérente sur presque toute sa hauteur; elle est épaissie et présente quelques granulations sur ses deux feuillets dans sa moitié supérieure.

Au poumon droit. — Pas de lésions tuberculeuses apparentes, malgré de nombreuses coupes pratiquées suivant différents diamètres.

Foie. — Pas de granulations visibles.

Rate. — Deux granulations jaunes au stade de confluence.

Pas de granulations péritonéales; pas de lésions visibles de la muqueuse intestinale.

Ganglions mésentériques extrêmement nombreux, mais très

petits, chacun ayant le volume d'une lentille, très durs à la coupe, rouges, aucun n'est caséifié.

Obs. LII. — *Tuberculose à forme d'anémie pseudo-leucémique chez un nourrisson mort à sept mois. Caverne du sommet droit par fonte d'un bloc de pneumonie caséuse.*

Service du Dr Barbier, Hérold, 1914, Troussseau, n° 18.

Br... Émile, 6 mois, amené à l'hôpital le 13 février 1914 pour arrêt de développement.

Né à terme (3 k. 550) nourri au sein maternel jusqu'à 2 mois, puis au biberon ; depuis ce moment arrêt de développement, constipation fréquente.

Parents paraissant bien portants.

A l'examen, enfant atrophique, infiltré, pesant 5 kgr. 350, très anémié.

Gros foie, débordant de trois travers de doigt.

Très grosse rate, affleurant le niveau de l'ombilic.

Hydrocèle vaginale.

Température 38°.

21 février. — Wassermann négatif dans le liquide de l'hydrocèle ponctionnée.

Anémie intense.

Examen hématologique :

Hémoglobine.	60 %
Globules rouges.	1.600.000
Globules blancs.	4.800

Formule leucocytaire :

Polynucléaires.	82 %
Grands mononucléaires.	6 —
Lymphocytes	7 —

Petits mononucléaires	7 %
Myélocytes	7 —
Hématies nucléées	7 —
Anisocytose.	

1^{er} mars. — Ascension thermique; fièvre oscillante (37°5 à 39°5).

Aggravation de l'état général. Amaigrissement (5 kgr.).

Perte de l'appétit. Léger œdème malléolaire.

Accentuation de l'anémie.

Examen hématologique :

Hémoglobine.	40 %
Globules rouges.	1.200.000
Leucocytes	2.000

Augmentation de volume du foie (qui déborde de quatre travers de doigt et atteint presque l'ombilic) et de la rate.

10 mars. — Apparition de taches purpuriques sur l'abdomen depuis quelques jours.

Otite moyenne gauche.

Température élevée, oscillante.

Œdèmes.

20 mars. — Le purpura s'est accentué.

Affaiblissement progressif.

Chute de poids considérable (4 kgr. 750).

Quelques vomissements.

Température moins élevée, voisine de la normale, légèrement oscillante.

Mort le 24 mars.

AUTOPSIE le 25 mars 1914.

Grosse adénopathie trachéo-bronchique occupant surtout le groupe prétrachéo-bronchique droit ; gros bloc caséeux entre la trachée et le poumon droit. Un gros ganglion ramolli dans l'angle trachéo-bronchique droit, un ganglion interbronchique également ramolli.

Poumon droit. — Plèvre épaissie, lardacée, coiffant le sommet du poumon, quelques adhérences sur le reste du poumon, paraissant récentes ; plus denses et plus anciennes au niveau des scissures.

Au sommet gros bloc de pneumonie caséuse occupant tout le lobe supérieur, et creusé en son centre d'une grosse caverne, remplie de pus.

Au lobe moyen, foyers disséminés de broncho-pneumonie avec points de caséification.

Mêmes lésions au lobe inférieur, où l'on note en outre quelques zones congestives.

Poumon gauche. — Emphysème avec granulations disséminées, confluentes, en « choux-fleurs ».

Appareil digestif :

Foie pesant 355 grammes, farci de tubercules jaunes, teintés de bile, avec quelques zones sclérosées.

Rate pesant 160 grammes. Trois gros tubercules jaunes et nombreux tubercules plus petits. Péricapnité intense.

Ganglions mésentériques rouges, de petit volume ; quelques-uns portent des granulations ou des tubercules.

Obs. LIII. — *Cavernes multiples, paraissant s'être développées silencieusement dans un bloc de pneumonie caséuse. Mort par granulie à huit mois.*

Service du Dr Barbier, Hérold, 1914, n° 36, J. S.

Web... Marcel, 8 mois, entré le 1^{er} avril 1914.

Né à terme, nourri au sein jusqu'à 3 mois. Poids à la naissance 3 kgr. 500; à 7 mois : 8 kgr. 500; puis amaigrissement. Depuis un mois en effet diarrhée fréquente. Puis prodromes méningés (sômnolence, vomissements, etc...).

L'enfant est en pleine *méningite tuberculeuse* ; il succombe le 7 avril 1914.

A l'examen pulmonaire pratiqué le 2 avril on note seulement de la submatité avec respiration soufflante au sommet droit.

AUTOPSIE le 8 avril 1914.

En outre de lésions non douteuses de *méningite tuberculeuse*, on note :

Une grosse *adénopathie* occupant surtout le groupe prétrachéo-bronchique droit (un énorme ganglion caséeux ramolli et quelques ganglions caséeux plus petits) et le groupe inter-bronchique (ganglions caséeux). Les ganglions du groupe gauche sont hypertrophiés, mais à un degré beaucoup moindre, non caséeux.

Au poumon droit, un gros foyer, saillant sous la plèvre qu'il envahit sur l'étendue d'une pièce d'un franc, occupe la partie moyenne du lobe inférieur. A la coupe, ce gros foyer qui atteint dans son ensemble le volume d'un œuf de pigeon se montre constitué par une série de *petites cavernes*, au nombre de six, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes à un franc, assez profondes; son centre est occupé par un bloc de substance blan-

châtre d'apparence caséuse dure, criant sous le couteau. A la périphérie de ce gros foyer, semis de petites granulations jaunes.

Dans les lobes supérieur et moyen, quelques granulations répandues surtout superficiellement le long des scissures.

Au poumon gauche. — Quelques granulations le long de la scissure.

Foie congestionné sans granulations visibles.

Rate parsemée de fines granulations.

Obs. LIV. — *Broncho-pneumonie caséuse avec caverne probablement ganglionnaire chez un enfant de 3 mois. Expectoration bacillaire.*

Georgette L..., 3 mois, entrée le 7 octobre 1909 à l'hôpital Bretonneau, service du Dr Guinon pour toux et arrêt de développement.

Enfant pâle et amaigrie, d'apparence cachectique, aux chairs flasques.

Cyanosée ; extrémités froides.

Micropolyadénopathie : petits ganglions durs au cou et aux aisselles, ganglions plus gros, moins durs aux aînes.

Toux quinteuse, incessante, étouffée ; léger tirage sous-costal.

Pas de cornage.

A l'examen de l'appareil respiratoire on note les signes suivants :

A gauche. — Sonorité normale à la percussion en avant, en arrière légère submatité de la fosse épineuse.

A l'auscultation : respiration puérile avec quelques petits râles à la toux.

A droite. -- Submatité sous la clavicule et à la partie exté-

rière de la région sous-claviculaire ; submatité dans l'aisselle sur une hauteur de 3 centimètres en arrière ; matité jusqu'à la partie moyenne de la fosse sous-épineuse ; sonorité normale en bas.

A l'auscultation : respiration soufflante avec râles sous-crépitaux fins à la base ; à la partie supérieure, souffle avec retentissement violent du cri et de la toux.

Au voisinage du hile râles sous-crépitaux à timbre humide à la fin de l'inspiration. Gros souffle hilaire bref et masqué par le cri.

Antécédents :

Hérédité tuberculeuse chargée.

Père atteint de tumeur blanche du genou et de laryngite.

Mère morte de tuberculose vingt jours après avoir mis au monde.

L'enfant G... a été nourrie au sein par la mère pendant ce temps et a couché dans le même lit.

Nourrie ensuite au biberon (7 tétées) pendant un mois, puis mise en nourrice ; l'enfant aurait eu la rougeole et tousserait beaucoup depuis cette époque.

L'état digestif a toujours été satisfaisant.

Pendant le temps qui suit son entrée dans le service, l'enfant G. L. . dépérit lentement ; le poids qui était de 2.790 grammes à l'entrée tombe à 2.750 le quatrième jour puis à 2.710 le sixième jour, à 2.600 le septième jour.

L'état digestif est à peu près satisfaisant : chaque jour trois selles jaunes semi-liquides.

Signes pulmonaires à peu près identiques ; cyanose et dyspnée un peu plus marquées.

Pas de signes méningés.

La température oscille un peu au-dessus de la normale entre

37 et 37°6, atteignant cependant 38° le 11 octobre au matin et descendant au-dessous de 37°, le 12 au matin et au soir.

Un examen de laboratoire fait quelques jours avant le décès montre la présence de *bacilles de Koch* dans l'*expectoration* et confirme le diagnostic de tuberculose.

Mort le 15 octobre à 7 heures du matin.

AUTOPSIE le 16 octobre.

Appareil respiratoire.

Poumon droit. — Volumineux, présente les caractères ordinaires de la tuberculose subaiguë.

Infiltration générale des deux lobes supérieurs. Tubercules appréciables à la surface sous forme de petites saillies jaunes sous une plèvre transparente et lisse, sillonnée de nombreux vaisseaux distendus.

A la coupe. — *Infiltration caséuse* généralisée, à maximum dans le *lobe moyen*. On y distingue un centre plus dense et plus homogène qui n'est qu'un *ganglion* : dans ce foyer existe une *cavité ulcéreuse* à parois assez régulières, qui communique avec une *grosse bronche*. Le sommet du poumon est beaucoup moins malade et presque tout le lobe supérieur présente des tubercules moins nombreux, moins volumineux, moins caséux, et des zones en état de broncho-pneumonie ou de splénisation qu'on ne trouve pas dans le lobe moyen.

Le lobe inférieur, relativement peu touché, présente surtout des granulations miliaires et de la congestion, mais pas de broncho-pneumonie.

Poumon gauche. — Aspect très différent dans les deux lobes : sur le lobe supérieur en apparence presque sain on ne note que de petites granulations très jeunes, mais la plèvre est soulevée

partout par des bulles gazeuses qui dessinent le pourtour des lobules.

Le lobe inférieur, dense, brun, splénisé, ne crépitant plus, est en état de véritable broncho-pneumonie. En un mot *broncho-pneumonie avec faible infiltration granuleuse*. Les ganglions intrapulmonaire de ce côté sont inappréciables.

Ganglions trachéo-bronchiques. — Très malades, tous volumineux et caséifiés. On ne peut dire s'il y a compression trachéo-bronchique.

Cœur. — Non augmenté de volume, en systole; valvules saines.

Foie. — 125 grammes, aspect à peu près normal comme couleur. Granulations nombreuses à la surface; rien à la coupe; aucune apparence de dégénérescence graisseuse.

Reins. — Normaux.

Rate. — De volume normal, infiltrée de tubercules.

Cerveau. — Très diffus, pas de lésions tuberculeuses. Les grosses veines paraissent thrombosées.

Obs. LV. — *Tuberculose pulmonaire et médiastine, ayant évolué sous le masque d'une dyspepsie grave. Pas d'hérédité tuberculeuse apparente. Mort à 4 mois et demi. Deux cavernes du poumon droit.*

Hérolde, Service du Dr Barbier, 1903, Ob. n° 91, filles.

Chamb... Lucienne, admise à l'hôpital à 4 mois le 5 avril 1903, décédée le 19 avril 1903. Enfant nourrie au biberon, sans hérédité connue.

Entrée dans un état très grave, collapsus, refroidissement périphérique, cyanose. Hypothermie.

Pendant le séjour à l'hôpital: troubles digestifs très marqués,

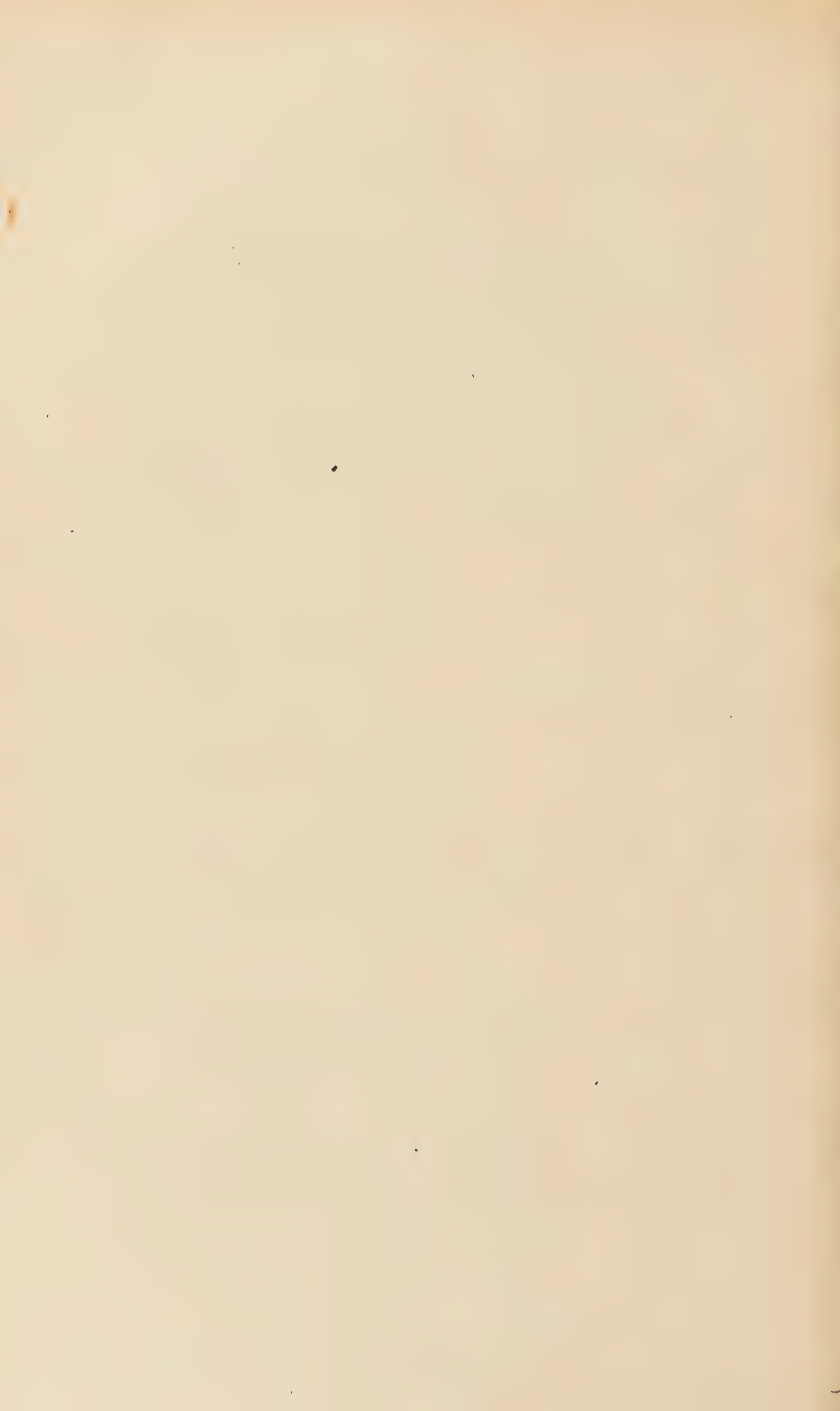
selles vertes fétides, très liquides. Fièvre légère, aux environs de 38° et 38°5.

Signes de bronchite localisée au poumon droit, à sa partie moyenne en avant. Le 16 avril, gros râles à la base droite.

Amaigrissement rapide. L'enfant qui avait pesé 4 kgr. 400 à la naissance, pesait le 5 avril 3 kgr. 300; le 18 avril 2 kgr. 400.

Mort par cachexie le 19 avril.

A l'autopsie, ganglions intertrachéobronchiques volumineux. *Deux cavernes*, l'une au sommet, l'autre à la base du poumon droit. Tubercules nombreux dans les deux poumons. Dégénérescence graisseuse du foie



CONCLUSIONS

I. — Contrairement à l'opinion des anciens auteurs, il n'est pas exceptionnel de rencontrer à l'autopsie des nourrissons morts de tuberculose des lésions ulcéreuses plus ou moins étendues du poumon, analogues à celles qui caractérisent l'évolution habituelle de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.

Leur fréquence absolue paraît être fonction de la fréquence générale de la tuberculose au premier âge.

II. — Anatomiquement les lésions ulcéreuses de la tuberculose pulmonaire du nourrisson paraissent se présenter sous quatre aspects principaux :

1° Dans sa forme la plus simple, la caverne tuberculeuse, ordinairement unique, paraît représenter le nodule primitif d'infection. Dans ce cas il s'est produit à son niveau une fonte caséuse pure et simple, avec réaction fibreuse périphérique ordinairement peu intense.

Cette forme très intéressante s'observe surtout à l'autopsie de nourrissons très jeunes de trois à six mois. Elle ne donne lieu en général qu'à une symptoma-

tologie très réduite, le plus souvent extra-pulmonaire.

2° Dans le plus grand nombre de cas, la caverne est creusée dans un bloc de pneumonie caséeuse dont l'évolution clinique a été ordinairement subaiguë. La caverne ainsi formée est souvent volumineuse, et constituée par la confluence de plusieurs cavernules primitivement séparées, d'où son aspect anfractueux, multiloculaire.

3° La formation de cavernes par broncho-pneumonie caséeuse est une variante du processus précédent, en différant cependant par ce fait qu'ici les cavernes sont petites et multiples, et par leur mode de distribution en îlots disséminés dans toute l'étendue d'un lobe ou d'un poumon, par leur siège autour d'une bronche ; on peut les considérer comme des exemples typiques de tuberculose essaïmée par la voie aérienne. L'évolution de ces cavernules broncho-pneumoniques est en général plus rapide que dans les autres formes.

4° Alors que dans les types précédents, la réaction scléreuse est peu accentuée autour ou au voisinage de la lésion ulcéreuse, on peut observer chez le nourrisson un type de cavernes ordinairement disséminées occupant un lobe ou tout un poumon, creusées au milieu d'un tissu scléreux très dense, avec dilatations bronchiques. La présence de granulations typiques permet d'affirmer la tuberculose, mais il n'est pas douteux que dans ces cas l'hérédo-syphilis joue un rôle important.

Dans ces différentes formes, le siège et le nombre des lésions cavitaires sont extrêmement variables. On les observe indistinctement à la base, au sommet, à la par-

tie moyenne des poumons, sans prédominance bien marquée pour l'un ou l'autre côté. Cependant nous avons noté dans nos observations personnelles, que les cavernes chez le nourrisson sont souvent superficielles, sous-pleurales, qu'elles siègent plus souvent à la partie antérieure des lobes et que dans chaque lobe elles paraissent se développer avec une certaine prédilection dans la partie la plus rapprochée du hile pulmonaire.

III. — Cliniquement, les cavernes du nourrisson donnent lieu à peu de symptômes.

Les signes physiques sont inconstants, ils sont tardifs. Si l'on en excepte la matité fixe et persistante du sommet, ils sont infidèles et trompeurs.

Les signes fonctionnels ont une plus grande valeur ; il faut attacher une grande importance à la petite toux grasse fréquemment observée chez les nourrissons porteurs de cavernes, et on recherchera toujours l'expectoration bacillaire, que l'on mettra souvent en évidence si on pratique cette exploration avec soin. L'hémoptysie est un signe de grande valeur, mais rare chez le nourrisson.

Quant aux signes généraux, s'ils peuvent inciter à rechercher la tuberculose, ils ne permettent habituellement ni de préciser sa localisation, ni de prévoir son évolution. Il est fréquent en effet de n'observer, dans les formes graves de tuberculose pulmonaire que nous étudions dans ce travail, que des réactions générales, digestives le plus souvent, très réduites.

La symptomatologie de la tuberculose ulcéreuses des

poumons chez le nourrisson est, en résumé, difficile et décevante.

IV. — La radiographie apporte un précieux concours aux méthodes d'investigation clinique. Elle permet de localiser la caverne pulmonaire avec une grande précision et de suivre ses différentes phases anatomiques.

V. — L'évolution clinique de la tuberculose cavitaire du nourrisson est des plus variables. Nous avons distingué des formes aiguës ou subaiguës, pneumonie ou broncho-pneumonie caséeuse, médiastinite sans signes pulmonaires, et des formes lentes, moins banales, mais cependant fréquentes, parmi lesquelles il faut surtout retenir des formes pulmonaires, phtisie ulcéreuse du nourrisson et forme hémoptoïque, et des formes extrapulmonaires, formes anémiques et formes digestives (atrophie simple sans signes pulmonaires).

VI. — Malgré la diversité de leur allure clinique, ces différentes formes aboutissent à des lésions analogues, lésions étendues du poumon et des ganglions trachéo-bronchiques correspondants, souvent localisées au seul appareil ganglio-pulmonaire, quelquefois limitées à un seul poumon et à ses ganglions, les autres organes étant indemnes de tuberculose ou ne présentant que des lésions récentes de granulie.

Il est donc permis de les considérer comme des tuberculoses d'inhalation ; quelques-uns des cas que nous rapportons font cependant exception à cette règle et sont des tuberculoses généralisées dont la porte d'entrée peut être discutée.

VII. — L'hérédité tuberculeuse est fréquente chez les nourrissons morts avec des cavernes pulmonaires. Mais d'accord avec l'opinion courante, nous ne pensons pas que l'origine congénitale de ces lésions soit fréquente; nous n'avons recueilli aucune observation de tuberculose qui pût être rapportée de façon indiscutable à la contagion *in utero*. L'hérédité paraît surtout être un facteur important de prédisposition.

Dans la plupart des observations que nous relatons, la présence d'un agent de contagement tuberculeux (mère, père, grands-parents) dans le milieu où a vécu l'enfant, permet d'attribuer un rôle important à la contagion par inhalation dans l'apparition et le développement de la tuberculose chez l'enfant.

VIII. — S'ajoutant à celui de l'hérédité tuberculeuse, le rôle prédisposant de l'hérédo-syphilis nous a paru indéniable dans un certain nombre de cas; il est surtout manifeste dans les formes ulcéreuses accompagnées de grosses réactions scléreuses et de dilatations bronchiques, mais la fréquence de la syphilis dans les antécédents des nourrissons ayant présenté des lésions graves et étendues de tuberculose, permet de penser que l'association des deux affections intervient souvent dans le déterminisme de ces lésions, même en l'absence de grosses réactions fibreuses.

IX. — Au point de vue social, les formes de tuberculose pulmonaire que nous étudions dans ce travail offrent un intérêt spécial du fait de leur fréquence

relative et de leur gravité. Il convient en effet de ne pas oublier que les enfants qui en sont atteints sont des agents de contagion non douteux, ainsi que le prouve l'analyse de leur expectoration. Pour ce motif, celle-ci devra être l'objet d'examens fréquents et systématique chez tout nourrisson qui tousse, même en l'absence d'une intra-dermo ou d'une cuti-réaction positive et des sanctions prophylactiques devront être prises.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse,
HUTINEL

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1. **Ausset.** — Énorme caverne pulmonaire chez un nourrisson de 11 mois. *Société centrale de médecine du Nord*, 12 mai 1899.
2. *Id.* Caverne pulmonaire, seule lésion tuberculeuse chez un enfant de 14 mois. *Écho médical du Nord*, 18 juillet 1899, et *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1899, p. 332.
3. **Aviragnet.** — De la tuberculose chez les enfants. *Thèse Paris*, 1892.
4. *Id.* Article tuberculose in *Traité des maladies de l'enfance de Grancher-Comby*, t. I.
5. **Barbier.** — Sur la fréquence de la tuberculose de 0 à 2 ans pendant les mois d'hiver à l'hôpital Hérold. *Soc. d'ét. scient. sur la tub.*, 14 fév. 1907.
6. **Barbier et Boudon.** — Recherches statistiques sur la fréquence de la tuberculose chez les enfants parisiens hospitalisés. *Soc. méd. des hôp.*, 1908, et *Bulletin méd.*, 1908, n° 43 et suiv.
7. **Barbier (H.).** — La tuberculose des nourrissons. *Congrès de méd. de Budapest*, 1899, et *Revue mens. de Gyn., d'Obst. et de Pédiatrie*, nov. 1899.
8. **Bezançon (F.) et Braun.** — Recherches expérimentales sur la pathogénie des foyers tuberculeux secondaires du poumon. *Bull. de la Soc. d'ét. scient. sur la tuberculose*, juin 1911.

9. **Berti Giovanni.** — Intorno alla possibilita di processi fisiogeni congeniti. *Bulletino delle scienze med.*, 1882, t. X, p. 29.
10. **Cadet de Gassicourt.** — Tuberculose d'adulte chez un enfant de 16 mois. *Revue des mal. de l'enf.*, juin 1886.
11. **Carrié.** — *Gazette médicale*, 1878, n^{os} 18-22.
12. **Constantinowitch.** — Essai sur la tuberculose de la première enfance. *Th. Paris*, 1899.
13. **Cruchet.** — Évolution de la tuberculose médicale chez le nourrisson. *VII^e Congrès d'obst. de gyn. et de péd.* Lille, mars 1913. *Gaz. des. hôp.*, 1913, n^o 38.
14. **Douglas-Powel.** — *Path. Society of London et British. med. Journal*, 30 mai 1874, p. 711.
15. **R.-W. Foss.** — *British. med. Journal*, août 1879, p. 171.
16. **Frœbelius.** — *Jahrbuch für Kinderheilk*, 1886, t. XXIV, fasc. 1-2.
17. **De Gandt.** — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire dans la première enfance. *Thèse Paris*, 1906.
18. **Ghon (Anton).** — Der primære Lungenherd bei der Tuberculose der Kinder, 1 vol. 1912. *Urban et Schwartzberg*, Berlin, Vienne.
19. **Goldschmidt.** — Z. Casuistik der Tuberkulose im Kindesalter. *Münch. med. Woch.*, 1893, n^o 52.
20. **Guilbot.** — Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge. *Th. Paris*, 1900.
21. **Guinon.** — Article tuberculose pulm. des nourrissons, in *La Pratique des Maladies des enfants*, t. IV, p. 492.
22. **Haultcœur.** — De la tuberculose de l'enfant du premier âge et de sa prophylaxie. *Thèse Paris*, 12 juin 1913.
23. **Hautant.** — *Revue de la tuberculose infantile*, juin 1903.
24. **Hervouët.** — Adénopathie similiaire chez l'enfant. *Th. Paris*, 1877.
25. **Huguenin.** — Tub. des nouveau-nés et tub. congénitale. *Gaz. des hôp.*, 1888, p. 785.
26. **Henoch et Hendrix.** — *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, 1885.

27. **Hutinel.** — Hérité tub. et la tub. du premier âge. *Congrès de la Tuberculose*, 1891, p. 344, 1898.
28. *Id.* Pronostic de la tuberculose du nourrisson. *Bulletin méd.*, 1912, n° 56, p. 683 et *nourrisson*, mars 1913.
29. *Id.* Fièvre tuberculeuse du nourrisson. *Pédiatrie pratique*, 5 déc. 1913.
30. *Id.* Les causes adjuvantes de la tuberculose. *Journal de médecine interne*, 15 déc. 1905.
31. *Id.* Association de tuberculose et de syphilis. *Pédiatrie*, 15 février 1913.
32. **Hutinel et Lereboullet.** — Article *Tuberculose in Hutinel. Les Maladies des enfants*, tome II.
33. *Id.* Les étapes de la tuberculose chez les enfants. *Congrès de la Tub.*, Paris, 1905, et *Revue des mal. de l'enf.*, nov. 1905.
34. **Hutinel et Tixier.** — La tuberculose latente du nourrisson. Son diagnostic. *Revue de la tuberculose*, 2 avril 1912.
35. **Karten.** — Hémoptysie chez le nourrisson. *Riv. di ped.*, 1907, p. 499.
36. **Kerley.** — *New-York Med. Journ.*, 1890.
37. **Kornel et Preisisch.** — *Soc. de méd. int. et de Péd. de Vienne*, 1911, n° 1.
38. **Küss.** — De l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine. *Thèse Paris*, 1898.
39. **Landouzy.** — *Soc. méd. des hôp.*, 1886.
40. *Id.* De la fréquence de la tub. du premier âge. *Rev. de méd.*, 1887.
41. **Leroux.** — La tuberculose du premier âge d'après les observations de Parrot. *Journ. de Verneuil*, 1888.
42. *Id.* La tuberculose du premier âge. *Etudes expérim., et clin. sur la tub.*, t. II, 1888.
43. *Id.* La localisation initiale de tub. pul. chez l'enfant et son évolution par étapes vers le sommet. *Archives de médecine des enfants*, tome XVI, n° 9, septembre 1913.
44. **Lesage.** — *Maladies du nourrisson*, 1 vol., Masson 1911. ch. XII, p. 350.

45. **Lhomme.** — Contribution à l'étude de la tuberculose dans la première enfance. Cavernes tuberculeuses chez le nourrisson. *Thèse Paris*, 1906.
46. **Lortat-Jacob et Vitry.** — Lésions nerveuses et tuberculose cavitaire chez le nourrisson. *Presse méd.*, 13 janv. 1906.
47. **Mairesse.** — Contribution à l'étude des cavernes pulmonaires tuberculeuses dans le premier âge. *Thèse Paris*, 1903.
48. **Mantoux (M^{me} Dora).** — Contribution à l'étude de la tuberculose du nourrisson. *Thèse Paris*, 1912.
49. **Marfan.** — De la tub. généralisée chronique du premier âge. *Sem. méd.*, 21 déc. 1892.
50. **Max et Nauwelaers.** — *Journal méd. de Bruxelles*, n° 46 déc. 1898.
51. **Mantel.** — Hémorragies tuberculeuses d'origine intrapulmonaire chez les enfants au-dessous de 7 ans. *Progrès méd.*, 1887, n°s 48, 49, 50.
52. **Nobécourt.** — *Précis de médecine infantile*, Masson, 1912
53. **Pironneau.** — Diagnostic des broncho-pneumonies infantiles. *La Clinique infantile*, 15 octobre 1912. La tuberculose des nourrissons. *Clinique infantile*, 15 nov. 1912 et suiv.
54. **Queyrat.** — Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge. *Thèse Paris*, 1886.
55. **Rabot et Varay.** — Tuberculose pulmonaire ulcéreuse chez un enfant de cinq mois. Méningite tuberculeuse (forme hémiplegique). *Revue mens. des mal. de l'enf.*, juin 1902.
56. **Ribadeau-Dumas.** — Tuberculose cavitaire du premier âge. *Soc. méd. des hôp.*, 26 déc. 1913.
57. *Id.* Tuberculose du nourrisson. Etude étiologique, anatomique, pathogénique. *La Clinique*, 12 déc. 1913.
58. **Ribadeau-Dumas et Debré.** — Etude diagnostique sur la tuberculose pulmonaire de la première enfance. *Paris médical*, 1^{er} févr. 1913.

59. Ribadeau-Dumas, Rist, etc. — Localisations initiales de la tuberculose pulmonaire. *Soc. méd. des Hôp.*, 21 et 28 juin 1912.
60. Ribadeau-Dumas, Albert Weill et Maingot. — Etude radiologique de la tuberculose pulmonaire du nourrisson. *Soc. Pédiatrie*, nov. 1912.
61. Richardière et Kauffmann. — Granulie et caverne pulmonaire chez un enfant de 3 mois. *Soc. anat.*, 27 mars 1908.
62. Rilliet et Barthez. — *Maladies des enfants*, 1843.
63. Emile Sergent. — Syphilis et tuberculose.
64. *Id.* Evolution et traitement de la tuberculose chez les syphilitiques. *Presse méd.*, 14 oct. 1908.
65. *Id.* Valeur séméiologique de la tuberculose fibreuse dans la recherche de la syphilis. *Progrès médical*, 26 avril 1913.
66. *Id.* Les formes scrofuloïdes de la syphilis. *Bull. méd* 28 mai 1913.
67. Stirnimann. — La tub. chez les nourrissons. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1905, vol. XI, p. 756.
68. Wassermann. — Beitr. zur Lehre von der T. im frühesten Kindesalter. *Zeitschr. für Hygiene*, 1894, Bd 17, p. 343.
69. West. — *Leçons sur les maladies de l'enfance*, 1871.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	5
Etiologie.	
Fréquence	
Conditions étiologiques générales	9
Anatomie pathologique	
L'ulcération cavitaire et ses variétés anatomiques, Les lésions tuberculeuses concomitantes.	23
Signes pulmonaires	
Signes physiques. Signes fonctionnels. Radiographie.	39
Signes généraux.	49
Évolution, formes cliniques, diagnostic	53
Déductions pathogéniques et prophylactiques.	59
Observations	61
Conclusions	185
Bibliographie.	191

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE A. MALOINE

